



”Hva skal du som er vernepleier gjøre her?”

En kvalitativ studie av vernepleiere som aktører i tverrprofesjonelle samarbeid på demensavdelinger

Kandidatnummer: 43 og 54

VID vitenskapelige høyskole

Sandnes

Bacheloroppgave

Bachelor i vernepleie

Kull: VP-15

Antall ord: 13113

16.05.2018

Sammendrag

Nasjonale politiske styringsdokumenter har satt tverrprofesjonelt samarbeid på agendaen, som en strategi for økt kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgstjenestene. Tidligere studier peker på et behov for mer forskning på hvordan fleksible roller og oppgaveglidning fungerer i praksis.

I denne studien belyser vi tverrprofesjonelt samarbeid med hovedfokus på begrepene rolle og kjernekompetanse. Målet med studien er å undersøke hvordan vernepleiere samarbeider med andre profesjoner med tilgrensende kompetanse. Problemstillingen er som følger: *Hva kjennetegner det tverrprofesjonelle samarbeidet på demensavdelinger?* Gjennom kvalitativ metode har vi intervjuet fire vernepleiere på ulike demensavdelinger.

Hovedfunn viser at vernepleierne representerer en særegen tilnærming til brukere med utfordrende atferd gjennom målrettet miljøarbeid. Flertall av ledere nedprioriterer dette, dermed preges samarbeidet av integrering og dynamikken blir utfordret.

Stikkord: Tverrprofesjonelt samarbeid, vernepleie, demens, yrkesrolle

Abstract

National political documents have put interprofessional collaboration on the agenda, as a strategy for increased quality and efficiency in health and care services. Earlier studies have pointed out the need for more research on how expanding roles and task shifting works in practice.

In this study we examines interprofessional collaboration with main focus on the terms role and core expertise. The goal of this study is to investigate how social educators cooperate with other professions that have adjoining competence. The issue is as follow: What characterizes the interprofessional collaboration in dementia departments. By qualitative method we have interviewed four social educators at different dementia wards.

The main findings show that the social educators represent a distinctive approach to users with challenging behavioural by using targeted environmental work. The majority of leaders do not prioritize this, thus the cooperation is characterized by integration and the dynamics are challenged.

Keywords: Interprofessional collaboration, social educator, dementia, work role

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn og tema	5
1.2 Mål, problemstilling og forskningsspørsmål	7
1.2.1 Avgrensninger	8
2 Teoretisk referanseramme	9
2.1 Demens	9
2.2 Ulike samarbeidsformer	10
2.2.1 Kompetanse	11
2.2.2 Integrering og differensiering	12
2.3 Meningsforhandling	13
2.4 Profesjonsgrenser	14
2.5 Yrkesrolle	15
2.5.1 Profesjonsidentitet	16
2.6 Oppgaveglidning	16
2.7 Forhold som fremmer tverrprofesjonelt samarbeid	17
3 Forskningsprosess og metodevalg	19
3.1 Metodevalg	19
3.2 Utvalg og rekruttering	20
3.3 Intervjuprosess	21
3.4 Analyse	22
3.5 Forskningsetikk	23
3.6 Validitet og reliabilitet	24
4 Resultat	26
4.1 Tema 1: Tverrprofesjonelt samarbeid	26
4.1.1 Erfaringer om samarbeid	26
4.1.2 Fellesfaglig tilnærming	27
4.2 Tema 2: Kjernekompetanse	28
4.2.1 Målrettet miljøarbeid som kjernekompetanse	28
4.2.2 Miljøarbeid i møte med utfordrende atferd	29
4.3 Tema 3: Vernepleierens profesjonelle praksis	29
4.3.1 Oppgaver og ansvar	30
4.3.2 Vernepleierens rolle	31
5 Diskusjon	32
5.1 Tverrprofesjonelt samarbeid på demensavdelinger	32
5.1.1 Dynamikken i samarbeidet	34
5.1.2 Meningsforhandling i samarbeidet	36
5.1.3 Samarbeid i grenseområder	37
5.2 Miljøarbeid som kjernekompetanse	38
5.2.1 Overlappende kompetanse	40
5.3 Vernepleierens rolle	40
5.3.1 Profesjonsidentitet	43
6 Oppsummerende konklusjon	44
Litteraturliste	47
Vedlegg	51
Vedlegg 1	51
Vedlegg 2	52

Vedlegg 3.....	53
Vedlegg 4.....	54

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og tema

Fire forhold utgjør bakgrunnen for temaet i denne bacheloroppgaven. For det første har vi fått interesse i å undersøke tverrprofesjonelt samarbeid som sosialt fenomen. Dette på bakgrunn av politiske føringer som beskriver tverrprofesjonelt samarbeid som et samfunnsoppdrag.

Videre har vi blitt inspirert av studien til Folkman, Sverdrup og Tveit (2015), som viser et behov for mer forskning på vernepleierens inntreden på nye arbeidsplasser og deres samarbeid med andre profesjoner. Vi har valgt å undersøke samarbeidet på demensavdelinger. Sentralt i tverrprofesjonelle samarbeid er forholdet mellom særegen og felles kompetanse. Det vil derfor være interessant å undersøke hva vernepleierne mener er deres kjernekompetanse i samarbeid med andre profesjoner.

Demografiske utfordringer kan føre til at vernepleiere blir mer etterspurt på sykehjem og demensavdelinger. Ludvigsen og Danielsen (2014) peker på mulig oppgaveglidning mellom sykepleiere og vernepleiere på sykehjem. Det vil derfor være av interesse å undersøke hvordan vernepleiere opplever og erfarer egen rolle på demensavdelinger. I lys av disse forholdene er temaet for bacheloroppgaven: *Vernepleiere som aktører i tverrprofesjonelle samarbeid på demensavdelinger*.

Kravet til samarbeid i praksis og utdanning har vært nedfelt i lovreguleringer i over 30 år (Willumsen, 2016, s. 34). Nyere politiske styringsdokument for helse- og omsorgssektoren viser et behov for å ha begrepene samhandling og samarbeid på tapetet igjen (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2016).

Fokuset kan betraktes som en politisk respons på at tjenestene i helse- og omsorgssektoren oppleves som fragmenterte (Willumsen mfl., 2016). Kunnskapsutviklingen er preget av differensiering og spesialisering (Hagland & Solvang, 2017). Gjennom tverrprofesjonelt samarbeid skal man utnytte personalets kompetanse på en bedre måte og skape integrerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b, s. 91).

Samhandlingsreformen viser hvordan samarbeid som strategi skal gi økt kvalitet og effektivitet i velferdstjenestene (Willumsen mfl., 2016). En konsekvens av samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er at flere tjenestemottakere i kommunen har et sammensatt sykdomsbilde og større behov for spesialisert behandling og omsorg. Ofte vil ingen spesifikk profesjon, enten det er lege, sosialarbeider eller sykepleier,

kunne gi brukeren et fullverdig tilbud alene (Kunnskapsdepartementet, 2012). Da blir tverrprofesjonelt samarbeid et middel for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp jf. helsepersonelloven (1999, § 4).

Ifølge studier som omhandler tverrprofesjonelt samarbeid, er det ikke gitt at profesjoner samarbeider på dynamiske måter (Willumsen, 2016). Vi kan ikke anta at ethvert samarbeid utelukkende gir positive utslag (Willumsen, 2016, s. 18). Resultater fra to systematiske gjennomganger av forskning på samarbeid i helse- og omsorgssektoren, kan i mindre grad påvise virkningen av samarbeid (Cameron, Lart & Bostock, 2016, s. 200).

Studien til Folkman mfl. (2015) belyser vernepleierens inntreden i distriktpsykiatriske sentre (DPS) og deres samhandling med andre profesjoner med tilgrensende kompetanse (Folkman mfl., 2015, s. 57). Studien undersøker hvordan fleksibilitet mellom profesjonsroller utvikles og utformes i praksis gjennom individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer og observasjoner for datainnsamling (Folkman mfl., 2015).

Utfordringer som blir beskrevet er å få til en god balanse mellom felles og særegen kompetanse i tverrprofesjonelle samarbeid. Funnene peker på vernepleiernes potensiale til å bidra med særegne perspektiver i tverrprofesjonelt samarbeid, men at vernepleierne innordner seg det som oppfattes som dominerende forståelsesmåter (Folkman mfl., 2015). Studien setter søkelys på behovet for mer forskning på andre yrkesfelt der vernepleiere arbeider (Folkman mfl., 2015, s. 68).

Eldreomsorgen kan beskrives som et relativt nytt arbeidsområde for vernepleiere. Utdanning for velferd (Kunnskapsdepartementet, 2012) og Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b), peker på de demografiske utfordringene vi står ovenfor når antall eldre på sikt vil vokse sterkt, samtidig som arbeidsstyrken vil krympe. Ettersom forekomsten av demens stiger med alderen er det også forventet en sterk økning av demenssykdommer de kommende årene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Innen 2050 er det forventet en fordobling av tilfeller med demens hos befolkningen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Ludvigsen og Danielsen (2014) beskriver hvordan ny oppgavefordeling på sykehjem, spesielt avdelinger for personer med demens, har ført til ansettelse av vernepleiere med arbeidsoppgaver som overlapper oppgavene til sykepleieren. Det er forventet at vernepleierne skal ha en nøkkelrolle i møte med omstillingen av tjenestene og kan i framtiden bidra til å

kompensere for mangelen på helsefagarbeidere på sykehjem (Kunnskapsdepartementet, 2012, s. 43).

Gjennom praksis og arbeidserfaring på sykehjem har vi tilegnet oss en forforståelse av at det er få vernepleiere som jobber på demensavdelinger. Vi hadde lite kunnskap om hvordan de opplever å få bruke sin kjernekompetanse i samarbeid med andre profesjoner og deres rolle på avdelingene. Vi har vært bevisst på at studien til Folkman mfl. (2015) kan ha påvirket vår forforståelse.

1.2 Mål, problemstilling og forskningsspørsmål

Som vernepleier må man samarbeide med ulike yrkesgrupper, brukere, pårørende og ledere både internt i organisasjoner, men også eksternt.

Målet er derfor å utforske tverrprofesjonelt samarbeid som et sosialt fenomen på demensavdelinger, gjennom vernepleiernes erfaringer og opplevelser. Vi vil belyse hvordan vernepleiere samarbeider med andre profesjoner og om samarbeidet er tilstrekkelig dynamisk, til fordel for brukeren.

Med utgangspunkt i temaet: Vernepleiere som aktører i tverrprofesjonelle samarbeid på demensavdelinger, er problemstillingen: *Hva kjennetegner det tverrprofesjonelle samarbeidet på demensavdelingene?* Vi har valgt en åpen problemstilling, da tverrprofesjonelt samarbeid har mange sider og vi ønsker å ivareta mangfoldet i temaet.

Vi har utformet noen forskningsspørsmål som gir innhold til problemstillingen og retning til studien. Vi vil fokusere på begrepene rolle og kjernekompetanse for å belyse temaet og konkretisere det vi vil utforske. I denne studien skal forskningsspørsmålene bidra til å skaffe innsikt i vernepleierens profesjonelle praksis på demensavdelinger og er formulert slik:

1. *Hvordan opplever og erfarer vernepleierne det tverrprofesjonelle samarbeidet på demensavdelingene?*
2. *Hva mener vernepleierne er deres kjernekompetanse på en demensavdeling?*
3. *Hvordan opplever og erfarer vernepleierne sin rolle på demensavdelingene?*

1.2.1 Avgrensninger

Datainnsamlingen avgrenses til vernepleiernes egen beskrivelse av denne kunnskapen. Ledere og andre samarbeidspartnere sine opplevelser og erfaringer er altså ikke representert direkte i denne studien.

Tverrprofesjonelt samarbeid kan kritiseres for å være paternalistisk, et alternativt begrep ville vært samarbeidende praksis (Hagland & Solvang, 2017). Utfordringen er da at man utelater profesjon og profesjonalitet er en måte å sikre befolkningen ekspertkunnskaper på (Hagland & Solvang, 2017). Denne studien avgrenses til å fokusere på samarbeid mellom profesjonelle, dermed vil ikke brukere eller andre samarbeidspartnere bli inkludert. I lys av oppgavens omfang har vi valgt dette begrepet, som kan synes å være for smalt, for å sette lys på hvordan profesjonsutøvere samarbeider seg i mellom.

Tverrprofesjonelt samarbeid og tverrfaglig samarbeid er begreper som ofte brukes om hverandre (Willumsen, 2016). I denne studien har vi valgt å bruke tverrprofesjonelt samarbeid, med tanke på at et fag kan være utfordrende å avgrense.

Tverrprofesjonelt samarbeid kan utøves både på individnivå (rettet mot tjenestemottaker) og systemnivå. Vi snakker da om samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer, etater eller sektorer (Bredland mfl., 2011, s. 223). Man kan kalle det tverretatlig eller tverrsektorielt samarbeid. Denne studien vil omhandle samarbeid på individnivå på demensavdelingene.

Konteksten for det tverrprofesjonelle samarbeidet vil være på demensavdelinger. Med demensavdeling mener vi sykehjem som institusjon med skjermede enheter for personer med demens (Rokstad & Smebye, 2008, s.130). Vi har valgt demensavdelinger ettersom tverrprofesjonelt samarbeid er spesielt viktig for personer som har langvarige og/eller sammensatte problemer og med bakgrunn i de demografiske utfordringene som nevnt (Hagland & Solvang, 2017).

2 Teoretisk referanseramme

Teorikapittelet innledes med en kort beskrivelse av paraplybetegnelsen demens og hvilke utfordringer mennesker med demens kan møte i hverdagen. Videre vil vi tydeliggjøre tre ulike former for samarbeid, med varierende grad av integrering.

Inspirert av Wengers (2004) sosiale læringsteori vil vi belyse hvordan meningsforhandling forutsetter et samspill mellom deltakelse og tingliggjøring. For å forstå vernepleierens inntreden på nye arbeidsplasser presenteres begrepene oppgaveglidning og profesjongrenser. Avslutningsvis legges det fram noen faktorer som fremmer tverrprofesjonelt samarbeid.

2.1 Demens

Begrepet demens er en samlebetegnelse på flere lidelser (Solheim, 2015, s. 20). ICD-10 definerer demens som ”(...) et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis kronisk eller progressivt, der flere høyere kortikale funksjoner blir forstyrret (...)” (Direktoratet for e-helse, 2018, F00).

Menneskene som rammes av demens vil gradvis bli dårligere og tilslutt være helt avhengig av hjelp (Sosial – og helsedirektoratet, 2007, s. 25). Det vil si at syndromet er progredierende. En demenssykdom kan utspille seg forskjellig og inneholde et vidt spekter av utfordringer (Jakobsen, 2007). Svikt av hukommelse, dømmekraft, tidsbegrep, orienteringsevne og sanseinntrykk er noen av utfordringene mennesker med demens kan oppleve å møte i hverdagen (Jakobsen, 2007).

Demens kan endre et menneske sin atferd på ulike måter. Ved sviktende tankeevne og vansker for å forstå hva som skal skje, kan samhandling bli utfordrende (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Ofte oppstår atferds utfordringer i dagligdagse gjøremål som stell og dusj.

Med utfordrende atferd mener vi i denne oppgaven atferd som oppleves utfordrende av omgivelsene og som kan være til belastning for brukeren selv (Solheim, 2015). Eksempelvis aggresjon, angst, apati, generell uro og paranoid atferd (Jakobsen, 2007). Vi har valgt en vid forståelse av utfordrende atferd, for å fremme de mindre urovekkende typer atferd, som er like viktige å fokusere på i arbeidet med personer med demens (Brooker, 2013). Atferden kan

forstås som måten personen med demens mestrer å kommunisere med omverden på (Solheim, 2015). Vrangforestillinger, utagering samt verbal- og motorisk uro blir sett på som de største atferds utfordringene ifølge helsepersonell (Sosial – og helsedirektoratet, 2007, s. 26).

Demens kan også på ulike tidspunkt føre til språkproblemer (motorisk og sensorisk afasi), apraksi (motorisk og idémessig) og svekket evne til å forstå sanseinntrykk (agnosi) (Jakobsen, 2007). Ifølge Jakobsen (2007) kan det å oppleve å ikke bli forstått være med å utvikle angst og utrygghet.

Når en jobber med mennesker med demens, må man ha som utgangspunkt å prøve å se bak atferden og forstå funksjonen (Brooker, 2013). Det er en mening med all atferd.

For at mennesker med demens skal opprettholde, utvikle og bevare ferdighets – og funksjonsevner, samtidig beholde selvfølelsen, er målrettet miljøarbeid essensielt (Sosial – og helsedirektoratet, 2007, s. 58). Slike metoder skal være systematisk utprøvd og evaluert. I arbeidet sammen med personer med demens må man jobbe for å skape trygghet, mestringsfølelse, medvirkning i eget liv, dekke de grunnleggende behovene og gi positive bekreftelser (Jakobsen, 2007, s. 105).

2.2 Ulike samarbeidsformer

På grunn av et bredt spekter med oppgaver og utfordringer på demensavdelinger, vil man ha behov for ulike former for samarbeid. De ulike formene kan deles opp i tre typer basert på graden av integrasjon; fler- tverr- og transprofesjonelt samarbeid (Hagland & Solvang, 2017). Disse kan forklares gjennom en akse hvor flerprofesjonelt samarbeid er på ett ytterpunkt, i andre enden er transprofesjonelt samarbeid og i midten tverrprofesjonelt samarbeid (Hagland & Solvang, 2017, s. 85).

Flerprofesjonelt samarbeid er en form for samarbeid hvor man trenger ulike kompetanser, men tjenesteyterne kan løse hver sin del av oppgaven relativt uavhengig av hverandre (Bredland mfl., 2011). Arbeidsoppgaven lar seg dele opp og fordele isolert fra hverandre. Denne formen for samarbeid er ennå mest utbredt i velferdssektoren (Bredland mfl., 2011).

Flerprofesjonelt samarbeid åpner i mindre grad for å utvikle felles kompetanse fra de ulike profesjonene (Hagland & Solvang, 2017). Hagland og Solvang peker på hvordan ”utviklingsmuligheter som ligger i at andre profesjoners kriterier og perspektiv trekkes inn for å vurdere praksis, forblir ubrukt” (Hagland & Solvang, 2017, s. 85).

Tverrprofesjonelt samarbeid er en arbeidsform hvor ulike profesjoner jobber kontinuerlig sammen om et felles prosjekt eller en oppgave og hver profesjon bidrar med sin spesialiserte kunnskap (Bredland mfl., 2011). Man er i større grad avhengig av de ulike profesjonenes kompetanse for å se oppgaven på ulike måter. Slik øker teamets totale kompetanse og man kan bedre nå målet til brukeren (Bredland mfl., 2011, s. 202). Interaksjon mellom samarbeidspartnerne er essensielt, gjennom diskusjoner og refleksjoner av ulike sider av brukerens behov, tiltak og tjenester (Willumsen, 2016, s. 39).

På andre enden av aksen er transprofesjonelt samarbeid, som representerer en samarbeidsform med høy grad av integrasjon (Hagland & Solvang, 2017). Her har tjenesteyterne samme mål og oppgaver og løser samme deloppgaver. Det vil si at de ikke bare bruker de ulike profesjonenes kompetanse, men at de overtar hverandres oppgaver (Hagland & Solvang, 2017, s. 85). Profesjongrenser viskes da ut til fordel for generalister som dekker flere profesjoners oppgaver (Hagland & Solvang, 2017).

Det er oppgavens karakter som avgjør hvilken samarbeidsform man bør bruke (Bredland mfl., 2011). Tverrprofesjonelt samarbeid er ikke alltid hensiktsmessig eller det som passer i det daglige. Likevel vil vi sette fokus på tverrprofesjonelt samarbeid i denne studien, da det er en samarbeidsform hvor man kan begrunne og vurdere handlingsgrunnlaget og utvikle felles vurderingskriterier for praksis (Hagland & Solvang, 2017, s. 86).

2.2.1. Kompetanse

Tverrprofesjonelt samarbeid forutsetter høy grad av bevissthet om egen kompetanse (Willumsen, 2009). I tillegg er det viktig å anerkjenne, ha kunnskap og forståelse for hverandre sin kjernekompetanse. Dette for å stimulere til faglig utvikling og sikre høy kvalitet i tjenestene (Willumsen, 2009).

En generell definisjon av begrepet kompetanse er ferdigheter og kunnskaper som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utøve tilhørende oppgaver (Nordlund, Thronsen & Linde, 2015, s. 16). I et samarbeid kan man ha ulike typer kompetanse.

Hver profesjon har en spesiell kompetanse, som ikke andre profesjoner har. Dette kalles for kjernekompetanse (Willumsen, 2009). Kjernekompetansen er hovedfokuset i den enkelte profesjonsfag og det er dette profesjonen er best på. Avhengig av målgruppe og kontekst, kan det være mer eller mindre tydelige grensekryssninger mellom kjernekompetansen til de ulike profesjonene (Willumsen, 2009, s. 25).

Gjennom samarbeid kan et felles verdigrunnlag utvikles over tid. Kunnskaper settes sammen på tvers av profesjonene, slik dannes en felleskompetanse (Hagland & Solvang, 2017, s. 83). Dette viser seg i form av språk, begrep og ferdigheter (Willumsen, 2009). Altså en felles integrert kunnskap (Willumsen, 2009, s. 25).

Videre kan flere inneha samme kompetanse, dette kalles for overlappende kompetanse (Willumsen, 2009, s. 25). Avslutningsvis har man spisskompetanse. Da har en fordypet seg i et smalt område, gjennom videreutdanning eller lang erfaring i praksis (Willumsen, 2009). I tillegg bør brukerens erfaringskompetanse også inkluderes i samarbeidet.

2.2.2 Integrering og differensiering

Willumsen (2009) beskriver tverrprofesjonelt samarbeid som en prosess som krever dynamikk mellom differensiering og integrering. Integrering skaper samordnede tjenester. Det kan romme strukturer, verdier, holdninger og funksjoner (Willumsen, 2009). Integrering viser seg i hvor godt tjenesteyterne klarer å imøtekomme brukere med langvarige og/eller sammensatte problem.

Differensiering kan forklares som forskjeller, eksempelvis i de profesjonelles ferdigheter og kompetanser men også i ulike tjenester (Willumsen, 2009, s. 38).

Målet er å anerkjenne de ulike bidragene til profesjonene, samtidig som man tilbyr integrerte tjenester etter brukerens behov. Her ligger muligheter for løsninger, men også potensielle konflikter (Willumsen, 2016, s. 45).

De ulike profesjonene må anerkjenne forskjeller og kanskje gå med på løsninger som ikke nødvendigvis er de beste isolert sett, men som er gode nok i samarbeide (Willumsen, 2016, s. 47). Dette betyr at lederne i helse- og omsorgstjenestene har et ansvar om å utvikle en organisasjonskultur der uenighet verdsettes (Willumsen, 2016).

2.3 Meningsforhandling

Sentralt i Wengers (2004) sosiale læringsteori om praksisfellesskap er mening. Begrepet praksisfellesskap kan belyse hvordan vernepleierne lærer og utveksler mening i samhandling med de andre på avdelingen. Praksisfellesskap skapes over tid gjennom langvarig utøvelse av en felles virksomhet (Wenger, 2004). Her skjer kollektiv læring og sosiale relasjoner skapes som avspeiles i praksisutøvelsen (Wenger, 2004, s. 59).

Mening blir til i forhandling i et dynamisk samspill mellom det å handle, tenke og tolke (Hagland, 2015). Wenger (2004) presenterer to modeller for meningsforhandling i praksisfellesskap, deltakerforbindelser og tingliggjorte forbindelser. Meningsforhandling skapes gjennom et samspill mellom disse modellene.

Deltakelse er en prosess som omhandler handling, samtale, tenkning og tilhørighet (Hagland & Solvang, 2017). Samarbeidet viser seg i diskusjon og refleksjon om målet og forløpet til brukeren i sanntid (Hagland & Solvang, 2017). Dermed former de et felles interessefelt gjennom diskusjon over profesjongrensene. Samhandlingen er preget av aktørenes engasjement. Pasientjournaler blir en støtte, men erstatter ikke samhandlingen i sanntid.

I tingliggjorte forbindelser vektlegges skriftlig materiale (Hagland & Solvang, 2017). Dette i form av kartlegginger, individuell plan, dagsplaner og pleieplaner. Tingliggjorte forbindelser kan være fruktbart da materialet består i en periode og man er ikke avhengig av tid og rom. En slik praksis ser man mye av i helsetjenesten, da helsepersonell har dokumentasjonsplikt jf. helsepersonelloven (1999, § 39).

Når deltakerforbindelser dominerer utvikler aktørene felles interesse og forståelse i meningsforhandlinger (Hagland & Solvang, 2017). ”Dette åpner for å få fram usikkerhet, uklarhet, nyanser, forskjeller og sammenhenger” (Hagland & Solvang, 2017, s. 90). Ifølge Hagland og Solvang (2017) genererer deltakerforbindelser til diskusjon og kreativitet, som fremmer kvalitet og økt sikkerhet i behandlingen til den enkelte.

Når tingliggjorte forbindelser dominerer, er samhandlingen preget av integrering (Hagland & Solvang, 2017). Det skriftlige materialet framstår som endelig og sikkert, dermed blir det mindre diskusjon. Mulighetene for å endre praksisen blir redusert.

2.4 Profesjongrenser

Profesjon er et mangfoldig begrep som er studert fra flere perspektiv (Hagland, 2015). Et typisk trekk ved profesjoner er at yrkesutøvelsen er basert på et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag (Hagland & Solvang, 2015, s. 29). Profesjonene er sertifisert til å forvalte bestemte typer oppgaver (Nordlund mfl., 2015). Profesjonell yrkesutøvelse er en måte den vitenskapelige kunnskapen skal komme befolkningen til gode.

Profesjonsbegrepet kan bli brukt til å konstruere grenser rundt oppgaver og kunnskapsfelt for å utestenge andre (Hagland, 2015, s. 47). Omvendt kan profesjongrenser være kontaktflater i samhandling med andre.

Abbott (1988) beskriver profesjongrenser som skillelinjer. Han peker på hvordan ulike profesjoner begrenser andres innsyn i sin kunnskap og kompetanse- område for å opprettholde jurisdiksjoner (Abbott, 1988). Begrepet jurisdiksjon brukes i denne sammenheng om forbindelsen mellom profesjon og arbeid. ”Jurisdiksjon er knyttet til å utføre og kontrollere profesjonens kjerneoppgaver” (Hagland, 2015, s. 28). Grenser blir da sett på som opphav til uenighet og konflikt (Hagland & Solvang, 2017, s. 88). Diskusjon om jurisdiksjon kan skape nye grenser mellom profesjonenes arbeidsfordeling (Hagland, 2015). Ytre endringer som økende krav til effektivitet og kunnskap kan påvirke profesjonenes relasjoner, oppgavefordeling og jurisdiksjoner (Hagland, 2015, s. 48).

Det er en spenning mellom forventninger om tverrprofesjonelt samarbeid og profesjonenes konkurranse om enerett til ansvars- og kunnskapsfelt (Hagland & Solvang, 2017). På grunn av dette spenningsfeltet er det behov for å utvikle samhandlingsformer som ikke svekker profesjonenes spesifikke kompetanse når målet er økt tverrprofesjonell praksis (Hagland & Solvang, 2017).

Wengers (2004) perspektiv legger vekt på grenser forstått som kommunikasjonsflater. Grenser kan være områder der virksomheten i et tverrprofesjonelt samarbeid finner sted (Folkmann mfl., 2015). Da blir redskap (grenseobjekt) brukt for å opprettholde forbindelser i grenseområdet, eksempelvis brukerens behandlingsplan (Hagland, 2015, s. 47).

Tverrprofesjonelt samarbeid i grenseområder krever både deltakelse og tingliggjøring. Tingliggjøring gir flertydighet, mens deltakelse gjør det mulig å avdekke uklarheter og misforståelser (Hagland, 2015, s. 53). Grenseområder kan beskrives som møter mellom ulike profesjoners virksomhet, praksis og ressurser (Hagland, 2015). Det skaper innsikt i egen og andres handlingsgrunnlag.

2.5 Yrkesrolle

Et tverrprofesjonelt samarbeid kan ikke fungere uten differensierte roller (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 65). Gjennom rollefordeling kan avdelingene realisere sine mål.

Rolle kan defineres som summen av forventninger som er knyttet til en stilling, posisjon eller funksjon i en gruppe (Lauvås & Lauvås, 2004). En posisjon er de rettighetene og pliktene som er statisk knyttet til en bestemt rolle (Raaheim, 2002, s. 35). Rollen i seg selv er dynamisk. Lauvås og Lauvås (2004) oppsummerer rolle begrepet slik: ”en rolle forutsetter dermed en posisjon, med tilhørende forventninger som er knyttet til den og en rollespesifikk atferd utøvet av rolle innehaveren. Normene og forventningene regulerer rolleatferden” (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 66).

Rolleforventningene kommer fra omgivelsene og vedkommende selv (Lauvås & Lauvås, 2004). Aktørene i et samarbeid vil ha ulike forventninger om rollens innhold og utforming (Willumsen, 2009). Forventninger at en rolle innehar visse kunnskaper som viser seg i samarbeidet og i arbeidet med brukeren. Men også forventninger at rolle innehaveren følger organisasjonens sosiale normer, ideologi og mål. Dette er rolleforventninger både av kunnskap og verdimessig art (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 68).

Roller forandrer seg gjennom tiden og rolleavklaring er en prosess. Å komme fram til entydige og klare skillelinjer kan være vanskelig (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 82).

Forventningene aktørene i samarbeidet har, kan danne et press på rolle innehaveren til å utføre rollen i samsvar med disse forventningene (Lauvås & Lauvås, 2004). Dette kan beskrives som et ”sosialt trykk”. Hvor sterkt dette trykket er bestemmes av flere faktorer. Det kan være avhengig av om samarbeidet er preget av flerprofesjonelt- eller tverrprofesjonelt samarbeid. Tverrprofesjonelt samarbeid foregår i stor grad gjennom ansikt til ansikt relasjoner, forventningene vil da komme klarere til uttrykk (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 69).

Selv om man har sterk rolledifferensiering på en avdeling vil det alltid være ”gråsoner” hvor oppgaver blir overlappet eller ikke hører til en eksklusiv rolle (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 82). Det å gi omsorg er et eksempel på en slik oppgave. Slike ”gråsoner” er ikke nødvendigvis en svakhet, det viser at det er mennesker som arbeider (Lauvås & Lauvås, 2004).

Noen ganger kan det skje at rollene er dårlig eller lite avklart, som medfører at flere holder på med samme eller parallelle oppgaver. Som et resultat av dette kan det oppstå en rollekonflikt der profesjonene kjemper for oppgavene sine, eller ønsker å kvitte seg med oppgaver på grunn av arbeidspress (Ødegård, 2009, s. 58).

Det eksisterer ulike typer rollekonflikter, felles for alle er at det foreligger uforenelige krav eller forventninger (Lauvås & Lauvås, 2004). Da vil rolleinnhaveren stå ovenfor dilemmaet om hvilke forventninger som skal tilfredsstilles. Avgjørende er da profesjonen eller individet med stor makt og innflytelse. De har mulighet for sterke sanksjoner og preger derfor ofte rollemønsteret (Lauvås & Lauvås, 2004).

2.5.1 Profesjonsidentitet

Begrepet identitet handler om hva en synes om seg selv, hvem en er som person og hvordan en tenker (Brooker, 2013). Profesjonsidentitet skapes gjennom praktisk erfaring (Busch, 2012). Denne formen for identitet er i stadig utvikling og bevegelse. Identiteten blir utviklet sammen med andre (Busch, 2012). Gjennom ros, aksept og respekt styrkes identiteten (Brooker, 2013, s. 72). Når en yrkesutøver er medlem av en profesjon, forventes det at en støtter opp om profesjonens formål og arbeidsmåter (Heggen, 2008, s. 323)

En forutsetning i tverrprofesjonelt samarbeid, er at identiteten hos de enkelte profesjonene og yrkesutøverne respekteres og vedlikeholdes (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 74). Helgesen (2011, s. 392) peker på at det kreves realistisk selvoppfatning, trygghet og bevissthet om hva en som person kan bidra med i et felleskap, for å skape seg en tilhørighet både sosialt og kulturelt.

2.6 Oppgaveglidning

Vernepleierens inntreden på demensavdelinger kan forklares ved hjelp av begrepet oppgaveglidning. Oppgaveglidning er med på å belyse ”en ny arbeidsdeling mellom helsepersonellgrupper” (Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 14). Det handler om at personell tar nye oppgaver, eller oppgaver som blir fordelt på andre yrkesgrupper. Eksempelvis kan i noen tilfeller en helsefagarbeider avlaste sykepleieren med å sette insulin (Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Endringer i oppgave – og arbeidsfordeling skjer kontinuerlig (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Økonomiske rammevilkår, teknologi eller mangel på helsepersonell kan være med å bidra til endringer i oppgavefordelingen. Ny oppgavefordeling kan ses på som et virkemiddel som arbeidsgivere og myndigheter kan bruke for å sikre seg de lovpålagte oppgavene blir gjennomført (Ludvigsen & Danielsen, 2014).

2.7 Forhold som fremmer tverrprofesjonelt samarbeid

Tverrprofesjonelt samarbeid kan være utfordrende. Det foreligger ikke et robust forskningsmessig grunnlag for å kunne slå fast at samarbeidet innfrir de politiske målene (Cameron mfl., 2016, s. 210). Studier viser likevel fellestrekk om hvilke faktorer som støtter eller hindrer samarbeid (Cameron mfl., 2016).

Felles verdigrunnlag, forståelse og mål blir beskrevet som limet i miljøet på avdelingen og øker muligheten for et godt samarbeid (Bredland mfl., 2011, s. 206). Et felles handlings- og verdigrunnlag vil være med å skape integrerte og sammenhengende tjenester (Bredland mfl., 2011). Utvikling av felles forståelse og vurderingspraksis for å heve kvaliteten i samarbeidet, framheves også fra politisk hold (Hagland & Solvang, 2017, s. 84). Eksempelvis peker samhandlingsreformen på at tverrprofesjonelt samarbeid fordrer at aktørene har en felles forståelse av hva som er et godt forløp for brukeren (Hagland & Solvang, 2017, s. 84).

Helsesektoren er kjent for å besitte en hierarkisk oppbygning, at man verdsetter aktørene ut ifra deres kompetanse (Bredland mfl., 2011). Dette er holdninger man tar med seg, som man må bli bevisst på. Man må forsøke å minimalisere det skjeve maktforholdet. Ingen skal ha noen formell overordnet posisjon i samarbeidet, aktørene skal oppleve seg som likeverdige (Bredland mfl., 2011, s. 208).

Likeverdighet må ikke forveksles med likhet, ettersom ulikhet er en forutsetning for tverrprofesjonelt samarbeid (Bredland mfl., 2011). Alle aktørene skal oppleve at de bidrar med kunnskap og erfaring, ingen skal utelukkes.

Ulikheter er grunnleggende i et tverrprofesjonelt samarbeid, ellers står man i fare for å få et arbeidsmiljø hvor alle tenker lik, da kan utviklingen lett stagnere (Bredland mfl., 2011, s. 206). Dette kan til tider være frustrerende. En viktig faktor er å opptre med respekt og

anerkjennelse overfor hverandre, til tross for ulikheter (Bredland mfl., 2011). Profesjonene må se utover sine faglige rammer for å forstå pasientens situasjon, selv om en er uenig (Hagland & Solvang, 2017, s. 84). Målet er en kultur i helsetjenesten der aktører ser sine bidrag som del av et samlet pasientforløp (Hagland & Solvang, 2017).

Videre for å bevare tillit og respekt er lojalitet viktig. I en arbeidsgruppe har alle ansvar for å være med å skape et samarbeidsklima der det er muligheter for å si det en mener (Bredland mfl., 2011). Hvis det er satt opp felles mål og utarbeidet plan for brukeren, skal alle være lojale mot denne (Bredland mfl., 2011, s. 2015).

Aktørene må fokusere på hverandres ressurser og muligheter (Bredland mfl., 2011). Slik kan man skape en støttende atmosfære, hvor man setter fokuset og forventninger på hva den enkelte kan, istedenfor det de ikke kan (Bredland mfl., 2011, s. 209).

Samtidig kan en ikke bare ta på seg oppgaver som er profesjonsspesifikke (Bredland mfl., 2011). ”Man må anerkjenne forskjellene og samtidig være fleksible” (Bredland mfl., 2011, s. 216). Man skal ikke monopolisere et arbeidsområde og hindre andre tilgang på kunnskap. Det vil begrense muligheten som er i et tverrprofesjonelt samarbeid (Bredland mfl., 2011). Gjennom fleksible roller og overlapping kan man utnytte potensiale som ligger i et samarbeid (Bredland mfl., 2011).

Lederne spiller en viktig rolle i å fremme verdigrunnlaget som er beskrevet ovenfor (Bredland mfl., 2011). Alle har et personlig ansvar for hvordan de samarbeider, men lederen har likevel et overordnet ansvar for å legge til rette for tverrprofesjonelt samarbeid (Bredland mfl., 2011, s. 221). Sterkt lederskap er grunnleggende for at medarbeidere skal føle seg trygge i samarbeidet og i rollen sin (Cameron mfl., 2016). Et slikt lederskap forbedrer forståelsen for verdi- og handlingsgrunnlaget noe som i neste omgang kan føre til bedre resultater for brukeren.

3 Forskningsprosess og metodevalg

I dette kapittelet presenteres og begrunnes valg av forskningsmetode, utvalgsprosessen og gjennomføring av intervjuene. Avslutningsvis blir forskningsetiske utfordringer og strukturen i analysearbeidet presentert.

3.1 Metodevalg

Med bakgrunn i tema, problemstilling og mål for studien blir metode valgt. Temaet:

Vernepleiere som aktører i tverrprofesjonelle samarbeid på demensavdelinger, peker mot kunnskapsutvikling som innebærer spørsmål til hvilke erfaringer og opplevelser vernepleiere har i sin praksis med andre profesjoner.

Kvalitativ forskning bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitativ metode gir dybdekunnskap om fenomener, hvor forskeren er aktiv deltaker i kunnskapsproduksjonen (Malterud, 2017). Kvalitativ metode vil derfor være velegnet i lys av studiens formål.

Vår problemstilling og forskningsspørsmål ble utformet fra den nysgjerrighet vi hadde rundt vernepleiernes opplevelser og erfaringer av egen rolle og kjernekompetanse i et tverrprofesjonelt samarbeid. Kvalitativ forskningsintervju egner seg best til å forstå verden ut fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 29). Ved denne metoden kan vi finne ut hva informantene selv mener er viktige sider av fenomenet å belyse. Der de med egne ord får beskrive sine subjektive opplevelser og erfaringer.

I valg av metoderedskap vurderte vi gruppeintervju og individuelle intervju som aktuelle. De gir begge en mulighet til å forstå verden fra vernepleiernes perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). Med bakgrunn i vår forforståelse av at flertallet av vernepleiere jobber alene på demensavdelinger, ble individuelle forskningsintervju et naturlig valg. Videre kan individuelle intervju representere en tryggere og mer skjermet situasjon for utveksling av sensitivt stoff (Malterud, 2017, s. 137).

Utfordringer ved en slik datainnsamlingsmetode er at informanten er underlagt en maktrelasjon og svarene kan derfor i varierende grad være påvirket av omgivelsene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20).

3.2 Utvalg og rekruttering

Et strategisk utvalg er blitt gjennomført med best mulig potensial til å belyse problemstillingen og styrke studiens pålitelighet. Dette vil også sikre variasjoner i fenomenet, med bakgrunn i ulike kontekster, eksempelvis variasjoner på avdelingen, kulturer og erfaringer. Variasjon i kvalitativ forskning har betydning for om man klarer å belyse problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2017). Utvalget må settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og varierende materiale (Malterud, 2017, s. 58).

Inklusjonskriteriene var derfor at informanten måtte være utdannet vernepleier og jobbe på en demensavdeling. Vernepleiere besitter kunnskap og erfaringer gjennom en utdanning som er avgjørende for forskningens mål.

Demensavdelinger ble valgt som arena for studien, på bakgrunn av at studien er et svar på tidligere studier som etterlyser kunnskap om vernepleiernes inntreden på nye arbeidsplasser.

Deltakerne ble rekruttert gjennom lederne for enheten. Slik ble de et mellomledd, for å unngå at vernepleierne skulle føle seg presset til å delta (Dalland, 2017). Dette er i samsvar med forskningsetiske retningslinjer (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2016).

I utvalgsprosessen ble 33 demensavdelinger kontaktet via telefon, hvor lederne fikk spørsmål om de hadde vernepleiere på avdelingen. 12 avdelinger gav respons på dette. Med utgangspunkt i regelverket som er utformet av norsk senter for forskningsdata (2016) og personvernloven (2000), laget vi et informasjonsbrev til mulige informanter (vedlegg 2). Skrivet inneholdt informasjon angående forskningsprosjektet, anonymitet og taushetsplikt. Fire vernepleiere gav tilbakemelding at de var interessert i å delta.

Studien vil ved bruk av forskningsintervju avdekke dybdekunnskap, derfor ble utvalget begrenset til 3-4 vernepleiere. Dette med en mulighet til å justere størrelsen underveis dersom dataen oppleves som mettet eller ufullstendig (Kvale & Brinkmann, 2015).

Etter å ha hørt gjennom båndopptakeren fra første intervju, opplevde vi at det var utilstrekkelig med data. Vi kom med mye verbal bekreftelse, noe som gjorde at informanten sluttet å snakke. Intervjuet varte i 15 min. Dette var en erfaring vi gjorde oss og tok læring av. De andre intervjuene ble av bedre kvalitet, da vi inntok en mer tilbaketrukket rolle i samtalen.

Gjennom bekræftende nikk, lyttet vi aktivt og viste interesse, men holdt tilbake egne synspunkter og vurderinger (Dalland, 2017).

Utvalget bestod tilslutt av 4 informanter som representerer variasjon i form av alder, kjønn, videreutdanning og arbeidserfaring. Dette er med å sikre variasjon i erfaringer og synspunkt på saken som utforskes.

Tabell 1. Skjematisk oversikt over utvalget

Vernepleier	Kjønn	Alder	Arbeidserfaring på demensavdeling	Annen høyere utdanning
Informant 1	Kvinne	>50	>20	
Informant 2	Kvinne	>40	>10	X
Informant 3	Mann	>30	>10	
Informant 4	Kvinne	>50	>20	X

3.3 Intervjuprosess

Semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1) ble utarbeidet med noen få tema knyttet til problemstillingen. Dette for å fremme spontanitet, men samtidig sikre relevans i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s.46). Med bakgrunn i den teoretiske referanserammen ble temaene: tverrprofesjonelt samarbeid, felles kompetanse, kjernekompetanse og rolle. De første spørsmålene var faktaorienterte som er lette å besvare. På denne måten kom samtalen lett i gang.

Svakheter ved en slik intervjuguide er at vi utformer noen spørsmål som vi ønsker å vite mer om. Dermed kan vi gå glipp av informasjon som vi ikke har tenkt at vi burde ta med i form av spørsmål (Dalland, 2017). I intervjusituasjonen kan vi som intervjuere lede informanten til å gi de svarene vi ønsker og dermed gå glipp av viktig informasjon (Dalland, 2017).

Intervjuene ble gjennomført med begge forskerne, for å bidra med ulike meninger og inntrykk som ikke båndopptakeren kan formidle (Dalland, 2017, s.87). Vi fordelte rollene, slik at den ene ledet samtalen mens den andre noterte kroppsspråk og sørget for at vi fikk med hovedpunktene i deltakernes fortelling.

Intervjuene fant sted på informantens arbeidsplass, for å tilrettelegge intervjusituasjonen på deres premisser. Intervjuene startet med at vi spurte om vedkommende hadde noen spørsmål i forhold til informasjonsbrevet. Deretter orienterte vi om studien, hensikten med intervjuet, om anonymitet, taushetsplikt og informantene samtykket skriftlig (vedlegg 3). Skriftlig samtykke var med å forsikre oss at informanten forstod informasjonen, deltok frivillig og at vedkommende kunne trekke seg når som helst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Dette kan medvirke til fortrolighet, slik at intervjupersonen åpner seg mer (Dalland, 2017). Båndopptaker ble brukt for å kvalitetssikre informasjonen.

Gjennom erfaringer fra de to første intervjuene så vi at informantene hadde vansker med å beskrive konkrete situasjoner. Dette var noe vi ønsket å få fram, dermed besluttet vi å sende intervjuguiden på forhånd til de siste informantene. Vi erfarte at informantene var forberedt og klarte å svare mer utfyllende. Det kan også være en svakhet, da vi kan stå i fare for å miste noe av spontaniteten i svarene (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.4 Analyse

Etter gjennomføring av intervjuene ble opptakene transkribert. Hensikten med å transkribere intervjuene fra muntlig til skriftlig form er å gjøre dem tilgjengelig for analyse (Malterud, 2017). Selve transkriberingen var tidkrevende, men nyttig da det ga rom for konsentrasjon om hva som ble sagt.

Utskrifter fra lydopptak er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering, slik det er beskrevet av Malterud (2017). Analysen består av fire trinn. I det første trinnet skulle vi prøve å få et helhetsinntrykk. Vi leste de transkriberte intervjuene flere ganger og ble kjent med materialet. Hver for oss noterte vi temaer som var mest framtrædende. Deretter vurderte vi våre tolkninger opp mot hverandre for å redusere feilkilder (Malterud, 2017). Som en ressurs i vårt forskningsprosjekt var vi to studenter som arbeidet sammen. Vi hadde mulighet til å få fram ulike detaljer og poeng, kontra om vi hadde lest og skrevet alene. Videre utformet vi foreløpige overordnede tema av tematikkene som nevnes i datamaterialet. Materialet vi ville studere nærmere ble organisert, gjennom å identifisere meningsbærende enheter. Ifølge Malterud (2017) belyser de meningsbærende enhetene temaet gjennom beskrivelse av hvordan og hvorfor, eksempelvis ”jeg samarbeider med de andre profesjonene på avdelingen gjennom tverrprofesjonelle samarbeidsmøter, dette er viktig for meg for å oppnå tjenester av

høy kvalitet”. Her beskriver informanten hvordan han samarbeider med andre og hvorfor han mener det er viktig.

Dataen ble så kondensert ned til en sammenhengende tekst som fikk fram de meningsbærende enhetene. Avslutningsvis prøvde vi å skape en analytisk distanse, ved å lage en sammenfatning av dataen som var lojal i forhold til deltakernes stemme, slik Malterud (2017) vektlegger. Funnene ble validert og sett opp mot sammenhengen de ble hentet ut fra (Malterud, 2017, s. 97).

3.5 Forskningsetikk

En viktig del av forskningsarbeidet er å foreta etiske overveielser i alle ledd (Dalland, 2017). NESH (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora) beskriver forskningsetikk som ”(...) et mangfold av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet” (NESH, 2016, s. 5).

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet, menneskeverdet og sikre troverdigheten av resultatene til forskningen (NESH, 2016). Vi må forholde oss til personopplysningsloven (2000) som er til for å beskytte vedkommende sitt private liv og personlige integritet.

I kvalitative forskningsintervju er det viktig at informantene har tillit til deg. Derfor er taushetsplikt og anonymitet en viktig del av undersøkelsen. Vi har i oppgaven ikke nevnt navn på informantene eller arbeidssted.

Vi har gjennom hele forarbeidet hatt fokus på at informantene skulle få tilstrekkelig med informasjon. Dette fikk de i form av informasjonsskriv før intervjuet og oppklarende informasjon før selve intervjuet startet. Informantene ga oss skriftlig informert samtykke om at de frivillig er med på vårt forskningsprosjekt. Vi presiserte også at informantene kunne når som helst trekke seg fra undersøkelsen.

Vi valgte å ta lydopptak i våre intervjuer. Vi har da ansvar for å forvalte den informasjonen på et ansvarlig vis, i tråd med gjeldene lovverk (Dalland, 2017). Båndopptakeren ble trygt oppbevart i et skap med lås, fram til ferdigstilling av transkriberingen. Deretter ble innholdet slettet og notatene ble makulert.

Som forskere må vi tenke over de utfordringene vi står ovenfor når vi snakker om tverrprofesjonelt samarbeid med en part. Det kan skape negative konsekvenser for deltakeren og i varierende grad være belastende. Man får ikke innsikt i de andre profesjonenes perspektiver om temaet. Ifølge NESH (2016) må man ta hensyn til ulike belastninger informantene kan oppleve, ved delta i forskningen. Vi har vært bevisst på hvordan vi framstiller resultatene og vist respekt overfor informantene som har ønsket å hjelpe oss i en travel arbeidshverdag (NESH, 2016, s. 12).

3.6 Validitet og reliabilitet

Når et intervju blir foretatt må en ta stilling til mulige feilkilder som svekker validiteten og reliabiliteten i den innhenta dataen. Vi kan bli påvirket av forforståelse, emosjoner og ytre forventninger (Jacobsen, 2010).

Reliabilitet handler om forskningsresultatets troverdighet og konsistens (Bryman, 2016). Andre forskere skal kunne anvende de samme metoder og komme fram til samme resultater (Kvale & Brinkmann, 2015). Et slikt krav kan være urealistisk og uopnåelig i kvalitativ forskning, men en skal likevel forsøke å tilstrebe de kvalitetene som følger dette idealet. Denne etterprøvbareheten må være til stede for å sikre pålitelige og gyldige forskningsresultater. Ved ærlighet og nøyaktighet i bruken av metoden, sikres troverdigheten (Malterud, 2017).

Da vi endret metoden underveis ved å sende ut intervjuguiden til de to siste informantene på forhånd, fikk vi mer utfyllende data. Større variasjon i fenomenet ble en ressurs. På en annen side kan dette være en svakhet da mulighetene for etterprøvbarehet blir utfordret og påvirker dermed reliabiliteten og videre validiteten.

En annen faktor som kan påvirke reliabiliteten og validiteten er utfordringer vi erfarte med å være intervjuer. Å stille de rette oppfølgingsspørsmålene er en kunst (Dalland, 2017). I ettertid oppdaget vi fortellinger hvor vi kunne etterspurt mer informasjon. Dette kan påvirke kvaliteten på datamaterialet.

Som forskere skal vi ha et kritisk syn på våre fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Kommunikasjonsprosessen kan være en mulig feilkilde. Dalland (2017) er tydelig på at dersom informanten misforstår spørsmålet, eller om selve innholdet blir endret når det renskrives, medfører det til at påliteligheten blir redusert. For å redusere muligheten for å

feiltolke svarene, er det en fordel at vi var to personer med i denne prosessen, slik at de kan drøftes.

For å unngå feil, ble intervjuene transkribert dagen etter intervjuet. Intervjuet ble hørt gjennom flere ganger og skrevet så ordrett som mulig. I tillegg samarbeidet vi under forarbeidet, under intervjuene og etterarbeidet. På den måten sikrer en dataenes relabilitet (Dalland 2017).

4 Resultat

Med bakgrunn i analytiske lesninger skal vi nå presentere resultatene. De svarer på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Punkt 4.1 svarer på spørsmålet: Hvordan opplever og erfarer vernepleierne det tverrprofesjonelle samarbeidet på avdelingen? Punkt 4.2: Hva mener vernepleierne er deres kjernekompetanse på en demensavdeling? Avslutningsvis presenterer 4.3 resultatene på spørsmålet: Hvordan opplever og erfarer vernepleierne sin rolle på demensavdelingen?

4.1 Tema 1: Tverrprofesjonelt samarbeid

På samtlige demensavdelinger samarbeider informantene med flere profesjoner. De samarbeider i varierende grad med sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger og assistenter med ulike bakgrunner. Som sykepleierne, er også vernepleierne alene på vakt. I tillegg er vernepleierne alene som yrkesgruppe.

4.1.1 Erfaringer om samarbeid

Informantene forteller om et godt samarbeid på avdelingene, hvor de blir møtt med respekt. De ulike profesjonene styrker avdelingen og tilfører dermed et bredere kompetansegrunnlag:

- Det blir et helhetlig tilbud til beboerne, i forhold til hvis en sykepleier skulle bestemt alt. Da kan det gjerne bli litt ensporet (Informant 2).

Da vi spurte informantene om utfordringer og konflikter i samarbeidet, kom de i liten grad med konkrete situasjoner. Det gikk mer på samarbeidsutfordringer knyttet til personlighet. Så lenge kollegaene hadde en forståelse om hva en vernepleier er, fungerte samarbeidet fint.

Ifølge informantene handler et godt samarbeid om å høre på og lære av hverandre. Å spille på styrkene til de ulike profesjonene, slik at beboernes interesser ivaretas er det viktigste.

En av informantene mente at holdningen og innstillingen til personalet har stor betydning for et godt samarbeid. En annen snakket om viktigheten med å jobbe på ”gulvet”, altså det å være en av personalet for ikke å få for mye avstand fra de man jobber med og for.

Når informantene fortalte om tverrprofesjonelt samarbeid var det gjennom utforming av tiltaksplaner, dagsplaner og opplæring og veiledning i forhold til disse, et slikt samarbeid forekom. Det ble imidlertid beskrevet få samarbeidsarenaer som er satt i system. En av informantene understrekte at tverrprofesjonelt samarbeid ikke er så mye brukt på demensavdelingen, dette var noe vedkommende var mer borti da hun arbeidet i psykiatrien. På demensavdelingen samarbeider de mer i det daglige for å holde avdelingen i gang.

Flere av informantene la vekt på veiledning av ufaglært personale når de snakker om samarbeid. De ser viktigheten av å forklare hvordan og hvorfor:

- Det nytter ikke å kunne noe dersom du ikke klarer å spre det ut. At du sitter som en innelukket kapsel med kunnskap (...) (informant 3).

To av informantene snakker om opplæring av ansatte i tilknytning til tvang og makt. Personalmøte er en slik arena hvor de ansatte kunne videreføre sin kompetanse.

4.1.2 Fellesfaglig tilnærming

Gjennomgående peker informantene på personsentrert omsorg som fellesfaglig plattform på demensavdelingene.

Ifølge informantene handler personsentrert omsorg om å ta pasientens perspektiv. Hvordan opplever vedkommende sin situasjon og verden rundt seg? De jobber ut fra det som er viktig for den enkelte. De grunnleggende psykologiske behovene; trøst, identitet, tilhørighet, inklusjon og beskjeftigelse står i fokus.

Store deler av personalet på demensavdelingene har tatt kurs i personsentrert omsorg. Dermed opplever de at alle prater det samme språket i samarbeidet. En av informantene forteller at det er mye vernepleiefaglig arbeid på demensavdelingen. Alle som jobber der er interessert i miljøarbeid og har erfaringer innen dette.

De snakker om en krevende brukergruppe, som gjør at arbeiderne har felles interesse og forståelse. Demensavdelinger krever mye av en person. Tilstedeværelse i arbeidshverdagen blir beskrevet som avgjørende. Informantene ønsker seg flere vernepleiere på demensavdelingene, men på tross av dette føler ingen seg ensomme som profesjon.

- Jeg har aldri følt på noe profesjonsensomhet. Jeg tror det har med interessen for pasientgruppen å gjøre (Informant 2).

Yrkesgruppene samarbeider gjennom felles forståelse, mål og engasjement for brukergruppen. Informantene opplever at et godt samarbeid skaper ro i avdelingen.

4.2 Tema 2: Kjernekompetanse

I intervjuene kommer det fram hvordan vernepleierne mener at den spesifikke kompetansen de har tilegnet seg gjennom profesjonsutdanningen representerer viktige bidrag til målrettet miljøarbeid på avdelingene. Vernepleierne mener at de burde vært mer etterspurt på demensavdelinger. Dette på bakgrunn av deres kompetanse som representerer særegne tilnærminger i møte med brukere med utfordrende atferd.

4.2.1 Målrettet miljøarbeid som kjernekompetanse

Som vernepleier på en demensavdeling opplever de å ha en særkompetanse innen miljøarbeid. Det handler om tilrettelegging av miljøet og kjennskap til brukeren. Personer med demens kan ofte oppleves å være fraværende eller trøtte. Her ser de muligheter for å bruke miljøarbeid til å sikre god søvnrytme, livskvalitet og gi brukeren en begripelig hverdag slik at de ikke blir apatiske. De opplever en forståelse og interesse fra kollegaer om at miljøarbeid er viktig, men at de i mindre grad har kompetanse om konkrete tiltak og metoder.

De forteller om en felles opplevelse av å utfylle sykepleierne. Sykepleierne har gjentatte ganger sagt at de verdsetter å ha en vernepleier på avdelingen. En informant beskriver det slik:

- Sykepleie og vernepleie er to laser fokusområder innen det samme feltet. Så dersom man har begge to på en plass, vil de utfylle hverandre på en veldig god måte (Informant 3).

Informantene tenker at de har en mer miljøterapeutisk status, med sterkt fokus på livskvalitet. Det har sin opprinnelse fra da vernepleierne hovedsakelig arbeidet med mennesker med utviklingshemning. Det var behov for å tilrettelegge for god helse, på tross av sykdom. Dette blir beskrevet som viktige prinsipper på en demensavdeling også. Det kan gjøres gjennom å tilrettelegge hverdagen til hver enkelt ut i fra deres behov. For å kunne det må man bli godt

kjent med brukeren også hvordan de var før sykdommen inntraff. Samarbeid med pårørende er en viktig nøkkelfaktor her.

Å skape gode øyeblikk og opplevelser i form av hverdagsaktiviteter sammen med brukeren. Flytte noe av fokuset fra sykdommen og finne gode alternativer til medisin, eksempelvis gjennom musikk- eller berøringsterapi. Samtidig er det viktig med god smertelindring og kunnskap om sykdomsutvikling. Ved å ha vernepleiere og sykepleiere sammen på en demensavdeling vil man klare å dekke et stort og bredt område.

4.2.2 Miljøarbeid i møte med utfordrende atferd

Flere av informantene erfarer at de blir etterspurt dersom en bruker er urolig. De går lettere inn i slike situasjoner og klarer å roe ned pasienten ved hjelp av målrettet miljøarbeid. Den ene informanten tror de andre føler en trygghet når hun er på jobb. De snakker om at kollegaene nødvendigvis ikke har kjennskap til hva en vernepleier er, men gjennom samarbeid har de fått en forståelse av deres særkompetanse.

- Jeg tror ikke det er bevisst for at jeg er vernepleier, men det at jeg er vernepleier er grunnen til at jeg kan det som de er ute etter (informant 3).

En utfordring er at mange tyr til medisiner ved utfordrende atferd. Dette forteller samtlige informanter om. De ønsker å finne årsaken til atferdsproblemene gjennom miljøarbeid før en eventuelt gir medisiner.

- Du kan sikkert kaste mange tabletter på de (brukerne) for å få noen av utfordringene til å forsvinne. Tilslutt kommer du til et visst punkt der du ikke kan komme lenger med medisiner (...) Da møter man veggen når det gjelder kompetanse (...) (informant 3).

To av informantene forteller om en opplevelse av å bli hørt når de kommer med særegne metoder og perspektiver i samarbeidet. Til tross for dette erfarer en av informantene at miljøtiltak ofte sklir ut, da det ikke blir satt i system og dermed ikke prioritert.

4.3 Tema 3: Vernepleierens profesjonelle praksis

Resultatene fra dybdeintervjuene viser at vernepleierne trives på demensavdelingene. Dette grunner i godt arbeidsmiljø, faglig engasjement og gjensidig respekt. Likevel beskriver noen av informantene misnøye med deres rolle, arbeidsoppgaver og ansvarsfordelingen.

4.3.1 Oppgaver og ansvar

Det kommer fram i dataen at informantene hovedsakelig har det samme ansvaret og arbeidsoppgaver som sykepleierne. Utdanningen anses som irrelevant. Sykepleiere og vernepleiere er likestilt på demensavdelingene.

En av informantene erfarer likevel å bli utelukket fra noe som kalles sykepleierteam. Her skal de gå mellom avdelingene. Informanten uttrykker frustrasjon i forhold til dette da han kan utføre de samme oppgavene som sykepleierne.

En annen informant forteller at hun overlater å sette veneflon til sykepleieren på vakt, selv om hun har fått opplæring i dette. Bakgrunnen for dette er at vedkommende ikke synes oppgaven er noe ”gøy”.

Flere av informantene snakker om enkelte utfordringer de opplevde som første vernepleier på avdelingen. Eksempelvis var det uvisshet om hvilket ansvar de skulle ha og deres plass i ”personalgruppen”. Flere manglet innsikt i hva en vernepleier er og hvilken kompetanse de har. Den ene informanten beskrev det slik:

- I begynnelsen var det sånn: hva skal du som er vernepleier gjøre her? Hvorfor er ikke du i bolig (informant 2)?

Innledningsvis ble de også utfordret på den helsefaglige kompetansen. Den ene informanten beskrev en opplevelse av å komme til kort, at det var et kunnskapshull. Vernepleierne ble til tross for dette møtt med forståelse, samt at de fikk god opplæring. Dette førte til at problemene avtok, etter hvert ble de sett på som likeverdige medlemmer av personalgruppen.

Samtidig beskriver noen av informantene et ønske om å få bruke deres kompetanse i større grad. Dette er i forhold til brukere personalet har utfordringer å samhandle med. Ettersom miljøarbeidet ikke er satt i system, blir det noe tilfeldig om deres kjernekompetanse blir utnyttet ved slike tilfeller.

En av informantene prøvde å bringe fram dette på personalmøter, men opplevde å ikke bli hørt. Vedkommende ser hun har en spesiell kompetanse, som kunne vært bedre brukt.

4.3.2 Vernepleierens rolle

To av informantene ønsker seg en annen rolle som vernepleier på avdelingen, i motsetning til de to andre som er tilfredse med å gjøre det samme som sykepleierne. Den ene informanten satte ord på det slik:

- Jeg skulle ønske meg en stilling hvor jeg kunne jobbe mer som en vernepleier. Ikke som en "pseudo-sykepleier", som jeg gjør nå (Informant 3).

For å få bruke den vernepleiefaglige kompetansen mer, så informantene for seg en annen rolle på avdelingen. Den ene hadde et ønske om å gå "på topp" i avdelingene og ha et særlig ansvar for miljøarbeidet til brukere med ulike atferds utfordringer. Den siste informanten så for seg en fagstilling, hvor det ble jobbet med utforming av tiltaksplaner og miljøtiltak til den enkelte pasient.

Begge uttrykte misnøye over at det ikke er funnet en god måte å integrere det særegne for vernepleiere kontra sykepleiere. De opplevde at avdelingslederne stod fritt til å bestemme hvilken rolle vernepleierne skulle ha.

Likevel beskriver den ene informanten at han får brukt noen av hans styrker som vernepleier på grunn av avdelingslederen. Lederen gav ham ansvaret for tre brukere med behov for målrettet miljøarbeid.

Den andre informanten hadde selv endret noe på rollen sin i avdelingen. Hun ble ansatt av lederen for å ha ansvaret for miljøarbeidet i avdelingen, men da det ble lederskifte oppstod det problemer. Nåværende leder ønsket at informanten skulle ha den samme rollen som sykepleierne og begrunnet dette med at det ikke var tid til miljøarbeid.

Flere av informantene ser et behov for å ha vernepleiere på demensavdelinger, men opplever at folk generelt ikke har det samme synet. Den ene informanten opplever at folk enda forbinder vernepleiere med arbeid i omsorgsboliger og at dette første inntrykket har blitt værende. Han problematiserer dette og ønsker at vernepleieryrket skal få et nytt image for å få fram hva en vernepleier egentlig er.

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi ta fram utvalgte deler av funnene og belyse dem ved hjelp av studiens teoretiske ramme. Variasjonen i fenomenet tverrprofesjonelt samarbeid diskuteres gjennom informantenes ulike praksiser og ledernes ulike føringer for samarbeidet.

Studien setter søkelys på hvordan vernepleiere samarbeider med andre profesjoner. Vi peker på mulige utfordringer med en transprofesjonell praksis hvor profesjongrensene mer eller mindre viskes ut. Videre diskuteres vernepleiernes kjernekompetanse, som er etterspurt i politiske styringsdokumenter. Dominerende trekk er at lederne prioriterer primærbehovene, dermed blir ikke miljøarbeidet satt i system. Avslutningsvis diskuteres ledernes makt til å iscenesette vernepleiernes rolle på avdelingene. Drøftingen representerer én mulig forståelse av informantenes bidrag og er organisert under tre tematiske overskrifter a) Tverrprofesjonelt samarbeid på demensavdelinger, b) Miljøarbeid som kjernekompetanse og c) Vernepleierens rolle.

5.1 Tverrprofesjonelt samarbeid på demensavdelinger

I dette delpunktet skal vi diskutere vernepleiernes opplevelser og erfaringer av samarbeidet på avdelingene. Gjennom teori og politiske føringer, vil vi belyse ulike faktorer vernepleierne vektlegger når de forteller om samarbeidet.

I historiene til informantene er det stort samsvar når de forteller om positive opplevelser og erfaringer om samarbeidet på avdelingene. Et overordnet fokus er at de mener samarbeidet gir et bredere kompetansegrunnlag.

Dette samsvarer med etterspørselen for større faglig bredde i helse- og omsorgssektoren som kommer fram i Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b) og Samspill i praksis (Kunnskapsdepartementet, 2012). I Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b) understrekes det at tverrprofesjonelt samarbeid skal bidra til at man utnytter personalets kompetanse på en bedre måte og skape integrerte tjenester.

Vernepleierne opplever å utfylle sykepleierne og erfarer at tjenestene dermed blir helhetlig. Ifølge Bredland mfl. (2011) kan et slikt perspektiv å forstå helheten på, skape en åpenhet som kan fremme samarbeid. Man anerkjenner at man er ”ekspert” på hver sin del av helheten (Bredland mfl., 2011).

Gjennom resultatene tolker vi en praksis hvor helheten blir utfordret ettersom noen av vernepleierne ikke supplerer med sine spesifikke profesjonsfaglige bidrag. De representerer et samarbeid med mer integrering i motsetning til differensiering.

Informant 1 vektlegger holdninger som avgjørende for å få til et godt samarbeid. Man må gå inn i et samarbeid med rett innstilling og være positiv. Hun peker ikke på noen mulige utfordringer med samarbeidet på avdelingen.

Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) kan det oppstå utfordringer dersom aktørene oppfatter tverrprofesjonelt samarbeid som et spørsmål om å være positiv og vennlig. En slik holdning til samarbeid kan være like utfordrende som å være skeptisk til å bruke mye tid på noe som er vanskelig å lykkes med (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 21). Lauvås og Lauvås (2004) beskriver dette som en fornektning av realiteter. Forskning viser hvor vanskelig det kan være å få til dynamiske samarbeid (Cameron mfl., 2016).

Informant 1 sin forståelse av samarbeid kan tolkes fram som idyllisering, der samarbeid blir sett på som noe moralsk anliggende. Denne holdningen preger praksisen, informanten er i mindre grad bevisst hvordan hun bidrar med særegne perspektiver i samarbeidet.

Flertall av informantene beskriver et felles handlings- og verdigrunnlag som en viktig faktor i samarbeidet. Aktørene arbeider mot et felles mål og prater det samme språket. Dette gjør at informantene opplever å være inkludert i et fellesskap, selv om de er alene som profesjon. Gjennomgående har avdelingene personsentrert omsorg som fellesfaglig tilnærming.

En fellesfaglige plattform er ifølge Bredland mfl. (2011) en nøkkelfaktor for å fremme samarbeid. Et felles handlings- og verdigrunnlag kan skape integrerte tjenester, hvor ulike profesjoner kan samarbeide på tross av ulikheter og likevel ha nytte av hverandre (Bredland mfl., 2011). Risikoen med en fellesfaglig plattform dersom den utvikler seg for langt, er at det kan gå på bekostning av mangfoldet (Bredland mfl., 2011, s. 205). Da kan man risikere at ulikheter blir til likheter (Bredland mfl., 2011).

I resultatet kan man tolke fram en slik utvikling, hvor felleskompetansen har gått så langt at det har gått ut over vernepleierens profesjonsspesifikke kompetanse. Det blir i mindre grad beskrevet hvorvidt samarbeidet er dynamisk og kreativt. Dominerende trekk er at vernepleierne ikke er bevisst hvordan ulikheter kommer fram i samarbeidet. Potensialet for problemløsning gjennom flere yrkesgrupper som møtes i tverrprofesjonelt samarbeid utfordres.

Personsentrert omsorg legger føringer for normer og verdier som skal gjenspeiles i samhandling med brukeren. Det overordnede målet i personsentrert omsorg er å bevare personverdet (Brooker, 2013). Ifølge Brooker (2013, s. 26) må tjenesteyterne selv oppleve å bli verdsatt for å kunne bevare personverdet for den man gir omsorg til. Det betyr at normene og verdiene må komme til uttrykk øverst i organisasjonen.

På bakgrunn av informantenes fortellinger stiller vi spørsmål om organisasjonens overordnede visjon er i tråd med de personsentrerte føringene. Hvorvidt styrer disse prinsippene prioriteringer, når det skal tas beslutninger? Noen av lederne nedprioriterer miljøarbeid. Dette samsvarer med beskrivelsen til Brooker (2013) hvor knappe økonomiske ressurser og underbemanning gjør at flere ledere opplever at arbeidet kun handler om å finne ressurser til å gi et minimum av grunnleggende omsorg.

Videre forteller vernepleierne om en opplevelse av å være likeverdig aktør i samarbeidet. De blir møtt med respekt og har ansvar på lik linje som sykepleierne. Bredland mfl. (2011) peker på likeverdighet som en viktig faktor for samarbeid. Opplevelsen av likeverdighet kan være en årsak til at vernepleierne trives på demensavdelingene.

Unntaksvis er informant 3 som forteller at han ikke får delta i ”sykepleieteam”. Han kan utføre samme oppgaver, men den faglige toppledelsen ekskluderer han fra teamet. Ifølge Bredland mfl. (2011) er det velkjent i helsesektoren at man verdsetter profesjonene ut fra deres kompetanse. I denne avdelingen kan man fortolke slik praksis, hvor makttrappen kommer synligere fram. Utfallet er at informant 3 ikke får bidra med sin erfaring og kunnskap i teamet.

5.1.1 Dynamikken i samarbeidet

En rød tråd i dette delpunktet er dynamikken mellom felles og særegen kompetanse i samarbeidet. Det eksisterer ulike former for samarbeid, dette kommer også til uttrykk i resultatene.

Fysioterapeutene og ergoterapeutene løser oppgavene alene, på rekvirering fra legen basert på deres kunnskap om utfordringen. Ifølge Hagland & Solvang (2017) kan man dele opp samarbeid i tre typer basert på graden av integrasjon, fler-tverr- og transprofesjonelt samarbeid.

Flerprofesjonelt samarbeid har lavest grad av grensekrysning, det betyr at man ikke trekker inn andre profesjoners kriterier og perspektiv for å vurdere praksis. Det har blitt problematisert i litteratur at manglende samarbeid kan knyttes til profesjonenes arbeidsdeling på grunn av deres spesialiserte kunnskapsområder (Hagland & Solvang, 2017, s. 83).

Samarbeidet mellom fysioterapeutene, ergoterapeutene og de andre yrkesgruppene kan beskrives som et flerprofesjonelt samarbeid. Vi ser en mulighet for å inkludere disse profesjonene i dynamiske tverrprofesjonelle samarbeidsmøter, for å optimalisere behandlingen og åpne for læring av hverandre.

Sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeider og assistenter jobber i avdelingen kontinuerlig. Funnene våre kan tyde på at samarbeidet mellom disse i stor grad er preget av transprofesjonell praksis. De løser mer eller mindre de samme oppgavene uavhengig av yrkesbakgrunn. Noen av arbeidsoppgavene krever autorisasjon, disse utfører både sykepleierne og vernepleierne samt at begge profesjonene har et overordnet ansvar på avdelingen.

Hagland og Solvang (2017) peker på utfordringer med transprofesjonelle samarbeid dersom profesjongrensene viskes ut. Praksisen blir preget av generalister som erstatter profesjonenes ekspertkunnskaper. Bruk av generalistkompetanse kan gjøre det utfordrende å diskutere bakenforliggende vurderinger og begrunnelser for handlingsvalgene (Hagland & Solvang, 2017). En slik forståelse av transprofesjonelle samarbeid korrelerer med funnene i materialet. Generalistkompetansen kommer eksempelvis til uttrykk gjennom de andre yrkesgruppenes kompetanse innen miljøarbeid. Informantene forteller om et engasjement for miljøarbeid, men at medarbeiderne har utfordringer med å begrunne og vurdere konkrete tiltak. På en annen side ser vi også at denne samarbeidsformen har fungert som et ”bindemiddel” mellom profesjonene, slik at det er skapt felles handlings- og vurderingsgrunnlag (Hagland, 2015).

Flertall av vernepleierne beskriver ledere som foretrekker generalistkompetanse framfor den profesjonsspesifikke kompetansen. Dette kommer særlig til uttrykk på demensavdelingen hvor informant 4 jobber. Hun har ved flere anledninger på personalmøter og medarbeidersamtaler gitt uttrykk for at hun ønsker å bruke hennes kjernekompetanse mer i avdelingen. Denne meningsforhandlingen har fått lite gjennomslag hos ledelsen.

Utfordringer med å begrunne og vurdere konkrete tiltak, kan ifølge Hagland (2015) svekke kvaliteten i tjenestene. Å foretrekke generalistkompetanse framfor å legge til rette for

den profesjonsspesifikke kompetansen, er motstridende i forhold til føringene forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene (2016) gir. Kvalitetsforbedring blir beskrevet som en kontinuerlig prosess for å identifisere forbedringsområder eller svikt (Helsedirektoratet, 2017). God kvalitet- trygge tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a) viser til behovet for å utvikle kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å systematisk ta i bruk ny kunnskap. Kvalitetsarbeidet må være forankret i ledelsen, det samme gjelder tverrprofesjonelt samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a, s. 79). Det handler om åpenhet, evne og vilje til å forandre og forbedre.

Vi mener imidlertid å kunne tolke informantenes historier dit hen at kravet til kvalitetsforbedring ikke blir tilstrekkelig gjennomført i praksis. Ressursene ved å ha ulike profesjoner på en avdeling blir ikke utnyttet til sitt fulle, dette påvirker kvaliteten i tjenestene. Mulighetene for fagutvikling og innovasjon blir svekket ved å verdsette generalistkompetanse foran profesjoners kjernekompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2012).

5.1.2 Meningsforhandling i samarbeidet

Ut fra Wengers (2004) teori om praksisfellesskap kan vi med begrepene deltakelse og tingliggjøring undersøke dynamikken i meningsforhandlingen.

Wenger (2004) beskriver deltakerforbindelser og tingliggjorte forbindelser som dynamiske modeller. Samarbeid som er preget av elektroniske pleieplaner og dagsplaner kommer tydeligst fram i materialet. Ifølge Hagland og Solvang (2017, s. 90) er det ikke uvanlig med en praksis i helsetjenesten hvor skriftlige tingliggjorte forbindelser dominerer. Skriftlig materiale blir grenseobjekt som fungerer som kommunikasjonsredskap som skaper forbindelser mellom profesjoner (Hagland & Solvang, 2017, s. 90). Når tingliggjorte forbindelser dominerer er ofte samarbeidet preget av integrering i motsetning til differensiering (Hagland & Solvang, 2017, s. 90).

Dette korrelerer med våre funn som peker på at de ulike profesjonene på avdelingene har blitt utydelige. I datamaterialet beskriver informant 3 seg som en ”pseudo sykepleier”. Dette er resultater som kan i ytterste konsekvens føre til deprofesjonalisering (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Meningsforhandling ansikt til ansikt er mindre framtrædende i materialet. Men det er gjennom deltakelse de har skapt et felles interessefelt (Wenger, 2004).

Resultatene peker i retning av de dynamiske mulighetene tverrprofesjonelt samarbeid gir, kunne vært bedre utnyttet. I nyere studier blir regelmessige samarbeidsmøter trukket fram som en mulig faktor for å fremme tverrprofesjonelt samarbeid (Cameron mfl., 2016). Man kan da bygge en ”team-identitet” og få en bedre forståelse for de andres og egen rolle. Det kan være med å skape tillit, samhold og bedre informasjonsutvekslingen (Cameron mfl., 2016, s. 208).

Ulike samarbeidsmøter er mindre framtrædende i materialet. Vi ser en mulighet for å bedre det tverrprofesjonelle samarbeidet gjennom noen klarere arenaer, slik at det blir mer meningsforhandling i sanntid. Ved å sette tverrprofesjonelt samarbeid i system, kan man sikre handlingsgrunnlaget og utvikle felles vurderingskriterier for praksis (Hagland & Solvang, 2017, s. 86).

5.1.3 Samarbeid i grenseområder

Vernepleierne samarbeider med sykepleierne i det daglige. Samarbeid i grenseområder kan forstås gjennom ulike teoretiske perspektiv.

Abbott (1988) vektlegger hvordan profesjoner er preget av konkurranse og strategisk vern om jurisdiksjon. I casestudien til Folkmann mfl. (2015) kommer denne spenningen fram mellom sykepleiere og vernepleiere på DPS `er angående den helsefaglig kompetansen.

Dette står i motsetning til de dominerende trekkene i vår studie. Vernepleierne beskriver ved flere tilfeller utveksling av kompetanse til de andre yrkesgruppene, dette på eget initiativ i det daglige samarbeidet. I resultatene kommer det også fram hvordan sykepleierne deler av deres kunnskaper om ulike prosedyrer. Vi ser i stor grad et samarbeid der profesjonene åpner opp for læring utover profesjonsgrensene.

Ifølge Hagland og Solvang (2017, s. 85) kan ens egen yrkesidentitet bli styrket gjennom utveksling av kunnskap, fordi man får bekreftet at man har noe å bidra med. Dette står i strid med tenkningen om at man overflødiggjør seg selv ved å gi andre sin kompetanse. Wengers (2004) perspektiv på grenser som kommunikasjonsflater er mer egnet for å belyse samarbeidet mellom profesjonene. Engasjement i grenseområder kan åpne for å utvikle ny viten og nye løsninger (Hagland, 2015). En tilnærming hvor grenser forstås som kontaktflater, er avgjørende i tverrprofesjonelle samarbeid. I lys av profesjonenes tilnærming til grenser finner vi samarbeidsmøter som meningsfullt. Da kan man legge til rette for mer utveksling av kompetanse, som er mindre tilfeldig og mer etterspurt.

Unntaksvis er informant 3 sin beskrivelse om å bli utestengt fra ”sykepleieteam”. En slik utestenging kan forstå gjennom Abbotts (1988) teori om arbeidsdeling: ”Profesjonenes arbeidsfordeling følger av de enkelte profesjoners ekspertkunnskap som gir dem jurisdiksjon til å løse bestemte oppgaver” (Hagland & Solvang, 2017, s. 83). Profesjoner begrenser da andres innsyn i sin kunnskapsbruk som ledd i en strategi for å bevare jurisdiksjon (Hagland & Solvang, 2017). På tross av at han blir utestengt fra sykepleieteamet, forteller han om viktigheten med å gi medarbeiderne innsikt i målrettet miljøarbeid og hvorfor ulike tiltak gjennomføres.

5.2 Miljøarbeid som kjernekompetanse

I dette delkapittelet vil vi trekke fram vernepleiernes forståelse av deres kjernekompetanse på demensavdelingene.

Gjennomgående forteller alle informantene om episoder hvor de bruker systematisk miljøarbeid i møte med atferdsproblemer. De har fokus på å sikre unødvendig medikamentbruk gjennom alternative behandlingstiltak. I samhandling med brukere som er urolige, fraværende og apatiske, har informant 4 brukt musikkterapi. Hun har erfaringer med brukere som har vært apatiske og sløve i spill med pårørende, ved hjelp av musikkterapien ble brukeren interessert og engasjert i samtalen.

Nyere studier viser at musikkterapi som tilnærming er med på å dempe uro, utagering, samt at psykofarmaka blir kraftig redusert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Denne tilnærmingen blir også diskutert i Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Kultur, eksempelvis musikk og sang kan tjene ulike formål. Gjennom nye uttrykksformer kan brukerne formidle tanker og inntrykk som kan være vanskelige å sette ord på. Dette er en innovativ metode som kan ha en behandlende og terapeutisk effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b, s. 85). At omsorgssektoren i mindre grad benytter seg av kultur som metode blir problematisert i Morgendagens omsorg (2013b).

Dette korrelerer med vår tolkning av resultatene. Det virker tilfeldig om vernepleieren får benytte seg av musikkterapien. Hun forteller om en periode før hun ”møtte veggen”, der hun ikke fikk tid til å prioritere musikken. Lederen ville at hun skulle utføre samme oppgaver som sykepleierne og at det ikke var tid utover dette til målrettet miljøarbeid. Det framkommer i materialet et flertall av ledere som konsentrerer seg om primærbehovene, dermed blir ikke

miljøarbeid prioritert. Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b) peker på viktigheten ved å utvikle miljøtiltak som kan brukes mot uro og utagering ved demens. Omsorgssektoren blir utfordret på å sikre systemer som sørger for at ny kunnskap om terapeutiske behandlingstiltak tas i bruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Ledelsen er pålagt å drive kvalitetsforbedring i form av å teste ut nytenkende ideer og implementere tiltak som viser seg å være effektive (Helsedirektoratet, 2017). For å sikre at kunnskapen til vernepleierne tas i bruk, må lederne ta ansvar.

Informantene forteller om en praksis hvor medarbeiderne har tendenser til å gi brukerne beroligende legemidler, før eventuelle tiltak er prøvd ut. Dette samsvarer med studier som viser et høyt forbruk av psykofarmaka på sykehjem blant mennesker som har demens (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Angst – og depresjon symptomer og endret atferd danner grunnlaget for det høye forbruket.

Rapporten ”Glemsk men ikke glemt” (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 59) beskriver hvordan manglende kunnskap om hvordan en bør gå fram å takle endret atferd, kan resultere i at det gis unødvendig medikamenter for å roe ned situasjoner. Det er ønskelig fra regjeringens side å få til et kompetansemiljø som sprer og utvikler miljøterapeutiske tiltak og sørge for at disse benyttes som førstevalg i samhandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b).

Funnene våre viser et stort potensiale for mer systematisk utnytting av vernepleiernes kjernekompetanse. Vi har fått inntrykk av at kjernekompetansen til vernepleierne tilfeldig ”viser seg langs veien”. Tverrprofesjonelle samarbeidsarenaer hvor man kan forvente og etterspør profesjonenes kompetanse kan være fruktbart. Demensplan 2015 beskriver behovet for økt kompetanse innen systematisk miljøarbeid. Gjennom tverrprofesjonelle samarbeidsarenaer kan vernepleieren dele av sin kunnskap og videre bli integrert som en felles kompetanse.

Riktig legemiddelbruk på sykehjem er et spørsmål om pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). Pasient- og brukersikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge God kvalitet- trygge tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a) har lederne det overordnede ansvaret og myndighet til å legge føringer for trygge tjenester. På bakgrunn av informantenes fortellinger kan man tolke praksisen til lederne dit hen, at pasient- og brukersikkerhet og kvalitetsforbedring i mindre grad blir tilstrekkelig gjennomført. Vi finner

det anliggende å tro at bruken av psykofarmaka kan bli redusert dersom miljøarbeidet blir satt i system og de andre yrkesgruppene i større grad deltar i det målretta arbeidet.

5.2.1 Overlappende kompetanse

Resultatene viser at vernepleierne opplever at de har samme kompetanse som sykepleierne, sett bort i fra deres kjernekompetanse på miljøarbeid. Ifølge Willumsen (2009) kan det være mer eller mindre tydelige grensekryssinger mellom de ulike profesjonene på en avdeling, avhengig av målgruppe og kontekst. Deler av helsefagutdanningene består av basiskunnskap, eksempelvis etikk, psykologi og kommunikasjon (Bredland, 2011, s. 205). Det gjør at helsefagutdanningene har en felleskompetanse som overlapper med andre profesjoner.

I dette tilfelle er målgruppen personer med demens på demensavdelinger. Medarbeiderne har lite kjennskap til vernepleiernes profesjonsspesifikke kompetanse. Resultatene i studien peker på et behov til å tydeliggjør grenseoppganger og overlappinger mellom sykepleierne og vernepleierne. Da kan man lettere dra nytte av hverandres bidrag og se sitt eget bidrag i sammenheng med andres (Willumsen, 2016, s. 45).

5.3 Vernepleierens rolle

Vi skal i dette delkapittelet diskutere informantenes opplevelser og erfaringer av egen rolle på demensavdelingene. Tverrprofesjonelt samarbeid forutsetter differensierte roller samtidig som politiske styringsdokumenter aktualiserer behovet for fleksible yrkes- og profesjonsroller (Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Informant 1 og informant 2 var første vernepleier på avdelingen. Begge ble møtt med spørsmål om deres tilstedeværelse, hvorfor de ikke jobbet i bolig for mennesker med utviklingshemning. Medarbeiderne utviklet forventninger som var i samsvar med forventningene de hadde til sykepleierne.

Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) kan det skje at en ”spiller” en rolle. Man tilpasser seg forventningene. Funnene våre kan tyde på slike tendenser på to av avdelingene. Slik vi tolker resultatene har disse to informantene i mindre grad avklarte roller. Vi ser mulige konsekvenser ved deres uklare rolle på avdelingen. De er i liten grad bevisst hvordan de bidrar med deres profesjonsspesifikke kompetanse i samarbeid med de andre profesjonene.

Fortolkningene av resultatene peker på et samarbeid preget av integrering. Bakgrunn for dette kan være at det er såpass mye ”gråsoner” og overlappende kompetanse på en demensavdeling, at rollene blir utfordrende å avklare. En annen forklaring kan være at disse informantene ikke hadde et klart bilde på hvordan de ville utfylle sin rolle. Lauvås og Lauvås (2004) peker på at profesjoner stiller noe svakere i et samarbeid, dersom man har en uklar oppfatning av egen rolle. Uavklarte roller kan være grobunn for konflikter der profesjonene kjemper for oppgavene sine, eller for å kvitte seg med oppgaver på grunn av arbeidspress (Lauvås & Lauvås, 2004).

På tross av dette beskriver informant 1 og informant 2 en opplevelse av tilfredshet med rollen sin på avdelingene og har fokus på likestilling i forhold til sykepleierne.

Samspill i praksis (Kunnskapsdepartementet, 2012) konkluderer med at hver enkelt arbeider må ha en forståelse av sin rolle i en helhet. I tillegg til forståelse av egen rolle, er en viktig faktor for samarbeid å ha kunnskap om andre profesjoners rolle og kompetanse. Lauvås og Lauvås (2004) mener det ofte kan skje at en profesjon har overfladisk og mangelfull kunnskap om andre profesjoners rolle.

Dette korrelerer med våre resultater som viser et behov for bedre kjennskap til vernepleieren som profesjon og deres særegne kompetanse. Den uklare rollen til informantene kan ses i sammenheng med at avdelingene har mindre utformet samarbeid.

Informant 3 og informant 4 hadde klarere forventinger og oppfatninger om hvordan de skulle utfylle rollen som vernepleier på avdelingen, dette hadde også lederne deres. Informant 3 har sammen med lederen utviklet sin rolle, slik at han skal få bruke sin kjernekompetanse i større grad. Han har fått spesielt ansvar for miljøarbeidet rundt tre brukere. Likevel ønsker han seg en mer differensiert rolle på avdelingen, eksempelvis som fagutvikler.

For differensiert rolle vil være mindre gunstig for brukeren (Willumsen, 2016). Vernepleieren kan få utfordringer med å integrere sin kjernekompetanse i en felleskompetanse. Utbytte av å ha ulike profesjoner på en avdeling reduseres. Studier viser fleksibilitet som en gunstig faktor i samarbeid (Cameron mfl., 2016). Det gjør det lettere å respondere på brukerens behov og færre rollekonflikter blir rapportert. Samtidig er fleksible roller ikke alltid like populært (Cameron mfl., 2016).

Vi tolker det dit hen at informantens ønske om en mer differensiert rolle kan være på bakgrunn av bekymringer for tilsøring av grenser.

Videre har informant 4 klare forventninger om hvordan rollen hennes skal være. Hun opplevde derimot et sprik mellom hennes forventninger og lederens forventninger. Selv ønsket hun mer tid til å prioritere ulike miljøprosjekt. Lederen ville at hun skulle ha samme rolle som sykepleieren på avdelingen og dermed utføre samme oppgaver. Tid og ressurser var forklaring på disse føringene.

Erfaringene informantene forteller om kan ses i lys av Lauvås og Lauvås (2004) sin beskrivelse av et ”sosialt trykk”. Intensiteten av dette trykke vil kjennes tungt når egne og andres rolleforventninger spriker og det samtidig er krav til konvensjonell rolleatferd (Lauvås & Lauvås, 2004). Resultatene kan samsvare med en rollekonflikt hvor normsenders og rolleinnhavers forventninger er uforenelige. Ledere rår over sterke sanksjonsmidler og har makt og innflytelse, dermed er det ofte deres forventninger som preget rollemønsteret (Lauvås & Lauvås, 2004).

Lederens makt viser seg i resultatene. Informant 4 valgte tilslutt å tilfredsstille lederen sine forventninger. Hun beskrev hvordan hun ”møtte veggen” og måtte sykemelde seg. Etterhvert ble lederen presset til å imøtekomme noen av forventningene til vernepleieren. Nå har hun fått mindre ansvar for det hun kaller ”sykepleieroppgaver” og engasjert seg i et musikkprosjekt.

Med bakgrunn i informantene sine fortellinger ser vi hvordan lederne på avdelingen har en nøkkelrolle ved å iscenesette vernepleiernes rolle. Det kommer fram i datamaterialet at flertallet av lederne er tilfredsstilt med å ha vernepleier på avdelingen som har samme rolle som sykepleierne. Lederne vektlegger en generell kompetanse foran spesifikke profesjonsfaglige bidrag.

Bredland mfl. (2011) beskriver sanksjonsmidlene som ledere besitter som styrende for om samarbeidet går i retning av et transprofesjonelt samarbeid eller funksjonelt tverrprofesjonelt samarbeid. Lederens oppgave er å stimulere til medarbeidernes faglige vekst (Bredland mfl., 2011). Vernepleiere på demensavdelinger kan bidra til å ivareta helheten i arbeidet med brukerne. Da er det viktig at man som profesjon får reaksjoner på sin rolleprofilering (Lauvås & Lauvås, 2004).

Ut ifra det informant 4 beskriver forstår vi det slik at reaksjonene er vage og motstridende, noe som har ført til at det spesielle bidraget som vernepleieren representerer, undergraves. Da står også rolleidentiteten i fare for å bli svekket (Lauvås & Lauvås, 2004).

Ledere som fortrekke generell kompetanse foran spesifikke bidrag samsvarer med funnene i

studien til Folkman mfl., (2015). En slik preferanse kan føre til at profesjonsgrensene blir utydelige og vernepleiernes bidrag som representerer en del av helheten blir utfordret.

5.3.1 Profesjonsidentitet

Et samarbeid kan bli mindre rikholdig om alle tenker likt og hvis de ulike bidragene profesjonene tilfører blir avlepet (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 74). I slike tilfeller vil makt og status nok en gang har en innvirkning. Dersom en profesjonsgruppe dominerer på en arbeidsplass, kan de uten å ønske det selv, bidra til at profesjonsgruppen som er i mindretall oppgir sin egen identitet og blir mer lik majoritetskulturen (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 74).

Slik vi tolker resultatene kan man ane en slik utvikling. Selv om ingen av informantene føler seg ensom som profesjon, kan det være uheldig dersom man ikke klarer å vedlikeholde sin egen profesjonsidentitet. En står da også alene om å fram snakke sin profesjon, dens styrker og fordeler. Vi tolker resultatene slik at sykepleierne har høyest status på demensavdelingene og har derfor større innvirkning på det som oppfattes som kjernen i det som er felles.

6 Oppsummerende konklusjon

Med utgangspunkt i problemstillingen *"Hva kjennetegner det tverrprofesjonelle samarbeidet på demensavdelinger?"* har målet med denne studien vært å generere kunnskap om vernepleieres samarbeid med andre profesjoner, opplevelser og erfaringer av egen kjernekompetanse og rolle på demensavdelinger.

Funnene i studien er relevant for tjenesteytere i helse- og omsorgssektoren, ledere på ulike nivå og profesjonsutdanningene. Funnene i studien belyser hvordan ulike former for samarbeid påvirker kvaliteten i tjenestene. Studien vil dermed være sentral for tjenestemottakere.

På bakgrunn av resultatene i studien kan man konkludere med at vernepleierne opplever og erfarer et godt samarbeid på avdelingen, hvor felles handlings- og verdigrunnlag, likeverdighet og et bredere kompetansegrunnlag vektlegges.

Dominerende trekk er et samarbeid mellom profesjonene som er preget av gjensidig deling av kunnskap og kompetanse over grensene. Utveksling av kompetanse i motsetning til å begrense andres innsyn i kunnskap- og kompetanseområder er en nøkkelfaktor i tverrprofesjonelle samarbeid. Samtidig er praksisen preget av "gråsoner" og overlappende kompetanse. Dette korrelerer med funnene i studien til Folkman mfl. (2015). Her tydeliggjøres et behov for å avklare grenseoppgaver og overlappinger, for å lettere se egne bidrag i sammenheng med andres og gi deltakere mer realistiske forventninger til hverandre (Folkman mfl., 2015, s. 67).

Det trer fram et mulig forbedringspotensialet i resultatene, da medarbeiderne i mindre grad har kjennskap til vernepleiernes spesifikke profesjonsfaglige kompetanse. Ifølge Samspill i praksis (Kunnskapsdepartementet, 2012, s. 9) foregår profesjonsutdanningene i for stor grad separat. Studentene lærer ikke i tilstrekkelig grad å samhandle med andre, om sin egen kjernekompetanse sett i forhold til andres kompetanser (Kunnskapsdepartementet, 2012). Profesjonsutdanningene må også legge til rette for at studentene lærer å samarbeide over profesjongrenser ved praksisstedene (Hagland & Solvang, 2017). Læring på tvers av utdanningene kan styrke den enkeltes kjernekompetanse. Videre ved å styrke evnen til tverrprofesjonelt samarbeid kan man få en bedre forståelse av hvordan man kan bidra med sin kjernekompetanse i et fellesskap (Kunnskapsdepartementet, 2012).

I politiske styringsdokument om helse- og velferdstjenester blir samarbeid framholdt som forutsetninger for å utforme tjenester av høy kvalitet og møte de demografiske utfordringene

vi står ovenfor (Willumsen mfl., 2016, s.18). Samtidig viser resultatene hvordan dynamikken i samarbeidet er utfordret på bakgrunn av en praksis som er preget av transprofesjonelt samarbeid. Konklusjonen er at integrering dominerer og vernepleierne får i mindre grad bidra med sin kjernekompetanse. På bakgrunn av resultatene i studien ser vi mulighet for mer tverrprofesjonelt samarbeid eksempelvis samarbeidsmøter, for å utnytte ressursene ved å ha ulike profesjoner på en avdeling.

Melding til Stortinget ”Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), peker på at flere av utfordringene i tjenestene til brukere med sammensatte behov viser at tjenestene må ledes og styres bedre. Dette korrelerer med våre funn, som viser en ledelse som er for lite involvert i arbeidet med å sikre nødvendig samarbeid og tilrettelegge for den faglige utøvelsen. Ansvaret ligger i større grad på den enkelte ansattes kompetanse og erfaring.

Ifølge Arntzen (2014, s. 83) er det viktig med tydelig ledelse og systemer for raskt å kunne gjøre nødvendige endringer og avklaringer om etablering av nye rutiner og metoder og avvikling av gamle (Arntzen, 2014, s. 83).

Samtlige av informantene mener målrettet miljøarbeid er deres kjernekompetanse på demensavdelinger. Det kommer fram i resultatene av studien at vernepleierne har en kjernekompetanse som representerer særegne tilnærminger i møte utfordrende atferd. Regjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b) ønsker at terapeutiske tilnærminger skal være førstevalg i samhandlingen. Likevel viser resultatene hvordan lederne i varierende grad nedprioriterer målrettet miljøarbeid. Kjernekompetansen er heller ikke satt i system, noe som gjør det tilfeldig om og når vernepleieren får brukt sin profesjonsfaglige tilnærming.

Dominerende trekk er at ledere foretrekker generalistkompetanse foran den spesifikke profesjonsfaglige kompetansen. En slik preferanse kan gå på bekostning av kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Lederne blir utfordret på innovasjon, fagutvikling og heve kvaliteten på tjenestene gjennom nasjonale politiske styringssignaler (Sirnes, 2016). Samtidig er kommunene under tilsyn fra staten som setter krav til forutsigbarhet og etterprøvbarehet. Vi ser et mulig spenningsforhold mellom krav om nye løsninger og sikre systemer som sørger for at terapeutiske behandlingstiltak tas i bruk og barrierer der kommuneansatte i lederposisjoner risikerer misnøye dersom forsøk på nytenkning slår feil (Sirnes, 2016).

Vernepleierne har ulike opplevelser og erfaringer om rollen sin på demensavdelingene. Resultatene fra diskusjonen viser hvordan lederne er i posisjon til å iscenesette vernepleierens rolle. Lederne rår over makt og sanksjonsmidler. Det framkommer spenninger mellom noen av vernepleiernes rolleforventninger og ledelsens forventninger om en konvensjonell rolle.

Vi har diskutert mulige utfordringer dersom vernepleierne har uklare forventninger til egen rolle. I diskusjonene trer det fram en sammenheng mellom to av informantene og tendenser til integrering. De har en uklar oppfatning av egen rolle og hvordan de kan bidra med særegne perspektiv. Dette står i motsetning til informantene som har en klar oppfatning av egen rolle og som profilerer deres kjernekompetanse i avdelingen. Disse representerer et samarbeid med mer dynamikk mellom integrering og differensiering.

På bakgrunn av resultatene i studien kan vi ane en mangel på system og struktur i samarbeidet og at lederne i mindre grad har en forståelse av hva de kan forvente av vernepleiere og hvordan de kan tilrettelegge for deres kjernekompetanse. Dette må imidlertid undersøkes fra ledernes perspektiv før man kan trekke en slik konklusjon.

Begrensninger med studien er at kunnskapen vi har tilegnet oss er basert på vernepleiernes egen beskrivelse av temaet. Videre forskning bør derfor undersøke fenomenet fra medarbeidernes og spesielt ledernes perspektiver. Brukeren er en aktør i tverrprofesjonelle samarbeid og bør inkluderes i forskningen. I overensstemmelse med studien til Folkmann mfl. (2015), ser også vi et behov for mer forskning om lederforankring og hvordan kompetansen til andre profesjonene blir utnyttet i helse- og omsorgssektoren.

Litteraturliste

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal.

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter.

Bryman, A. (2016). *Social research methods*. New York: Oxford University Press.

Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.

Cameron, A., Lart, R. & Bostock, L. (2016). Forskning på helse – og sosialfaglig samarbeid – en ”review” fra Storbritannia. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. (2. utg.). (s. 200-210). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkmann, A. K., Sverdrup, S. & Tveit, B. (2017). Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktpsikiatriske sentre. *Fontene forskning* 1/2017. (10). 56-69. doi: 331.76136240453

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten av 28 oktober 2016 nr. 1250. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Hagland, H. (2015). *Å krysse fremfor å beskytte grenser. Om ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenters deltagelse og læring i tverrprofesjonell praksis*. (Doktorgradsavhandling). Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.

Hagland, H. & Solvang, P. K. (2017). Kvalifisering til tverrprofesjonell praksis. I S. Maurethagen & J. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. (s. 83-93). Oslo: Universitetsforlaget.

Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I A. Molander & I. T. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. (s. 321-331). Oslo: Universitetsforlaget.

Helgesen, L.A. (2011). *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Direktoratet for e-helse. (2018). *ICD-10*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596288>

Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse – og omsorgstjenesten*. (Meld. St. 10 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse – og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvenning samfunn*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v av 2. Juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. (Meld. St. 13 2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* (Rapport nr. 2/2014). Oslo: Uni Research Rokkansenteret.

Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/ny-oppgavefordeling-mellom-personellgrupper-i-helse-og-omsorgssektoren.pdf>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf

Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis og grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.

NSD. (2018). Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Hentet fra <http://www.nsd.uib.no/>

Personopplysningsloven. (2000). Lov om behandling av personopplysninger m.v av 14. April 2000 nr. 31. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>

Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Sirnes, T. (2016). Fra politikk til praksis i helse – og velferdstjenestene. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. (2. utg.). (s. 79-92). Oslo: Universitetsforlaget.

Solheim, K.V. (2015). *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Glemt, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. (Rapport nr. 08/2007). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/shdir_demensrapport_korr4.pdf

Vangen, S. & Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (s. 67-85). Oslo: Universitetsforlaget.

Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber. Læring, mening og identitet*. København: Hans Reitzels forlag.

Willumsen, E. (Red.). (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid. Et samfunnsoppdrag*. (2. utg.). (s. 33-49). Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid. Et samfunnsoppdrag*. (2. utg.). (s. 17-30). Oslo: Universitetsforlaget.

Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeidet. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (s. 52-63). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide

Generell info

- Kan du fortelle litt om arbeid ditt her og brukergruppen du jobber sammen med?

Felles kompetanse

- Hvilke metoder/ perspektiv bruker dere som fellesfaglig tilnærming på avdelingen

Tverrprofesjonelt samarbeid

- Kan du beskrive så detaljert som mulig en situasjon hvor du har samarbeidet med andre profesjoner i arbeidet ditt?
- Kan du beskrive hvordan et godt tverrprofesjonelt samarbeid viser seg i arbeidshverdagen?
- Kan du komme med et konkret eksempel hvor det har vært utfordrende å samarbeide?
- Hvordan opplever du det tverrprofesjonelle samarbeidet på avdelingen?

Kjernekompetanse

- Hva mener du er din kjernekompetanse på demensavdelingen?
- Kan du beskrive en situasjon hvor du brukte din kjernekompetanse som vernepleier i et tverrprofesjonelt samarbeid?
- Hvordan opplever du forholdet mellom de oppgavene du får og din kompetanse?

Rolle

- Hvordan opplever og erfarer du din egen rolle som vernepleier på avdelingen?
- Hvilke forventninger opplever du at dine medarbeidere har til deg som vernepleiere?
- Samsvarer deres forventninger med dine egne forventninger til din yrkesrolle?

Avslutningsvis

- Debriefing: gå igjennom hovedtema
- Er det noe vi burde spørre om/ eller noe du mener er viktig som vi ikke har spurt om?

Vedlegg 2

Forespørsel og samtykke til intervju i forbindelse med bacheloroppgave i vernepleie

Vi er to bachelorstudenter ved VID- vitenskapelige høyskole i Sandnes og jobber for tiden med en bacheloroppgave i vernepleie. Temaet for oppgaven er: Vernepleiere som aktører i tverrprofesjonelle samarbeid på demensavdelinger.

Det har blitt økt fokus på begrepene samhandling og samarbeid i nyere politiske styringsdokument i helse- og omsorgssektoren. Målet er å utforske tverrprofesjonelt samarbeid som et sosialt fenomen på demensavdelinger, gjennom vernepleiernes erfaringer og opplevelser. Vi vil belyse hvordan vernepleiere samarbeider med andre profesjoner, med fokus på rolle og kjernekompetanse.

Oppgavens problemstilling vil være som følger:

Hva kjennetegner det tverrprofesjonelle samarbeidet på demensavdelingene?

Dine erfaringer og refleksjoner vil være viktige for oss i analysen av denne problemstillingen.

Deltakelse i prosjektet er selvfølgelig frivillig. Samtykker du til å delta, kan du på ethvert tidspunkt trekke deg fra prosjektet uten nærmere begrunnelse. Vi er da forpliktet til å slette all informasjon om deg. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Dette vil bli lagret på Mac for å gjøre analysen enklere. Det som blir lagret vil ikke inneholde navn på person eller steder.

Når oppgaven er ferdig skrevet, vil alle opptak og utskrifter av opptak bli slettet.

Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner i den ferdige oppgaven.

Det er kun vi og vår veileder som vil ha tilgang til selve intervjuet. Vår veileder i dette prosjektet vil være tlf:

Dersom du finner dette interessant, vil vi sette pris på om du kontakter oss direkte per email. Du må gjerne kontakte oss hvis det er noe du ønsker mer informasjon om.

Oppgaven er planlagt ferdigstilt innen den 16. Mai. 2018. Et intervju vil ta ca. 1 time og vi håper dere kan avse dette i en ellers hektisk hverdag.

Mvh

Mailadresse:

Tlf:

VID- vitenskapelige høyskole
Vågsgata 40, 4306 Sandnes

Vedlegg 3

Samtykkeskjema

Dette er et samtykkeskjema der vi signerer på at du som informant i vår undersøkelse blir anonymisert og at vi har taushetsplikt. Du signerer også på at vi får lov å bruke båndopptaker under intervjuet. Opptaket vil bli slettet etter ferdig transkribering. Hvis du ønsker å skifte mening og vil slettes fra oppgaven, kan dette kreves.

Tema: Vernepleiere som aktører i tverrprofesjonelle samarbeid på demensavdelinger

Problemstilling: Hva kjennetegner det tverrprofesjonelle samarbeidet på demensavdelingene?

Signatur:

Dato:

Informant

Student

Student

.....

.....

.....

Vedlegg 4



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 54 og 43
Navn på studiet: Bachelor i vernepleie
Navn på eksamen: Emne 13 Bacheloroppgaven
Emnekode: VER-303
Innleveringsfrist: 16.05.2018 kl. 12:00
Antall ord: 13113

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 54 og 43

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

kryss Ja: ☐ Nei: ☒